

Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>

PD N°:

Potencial Donante: Edad:

Establecimiento: Servicio: Cama:

Se solicita:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hto | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Leucocitos | <input type="checkbox"/> CI | <input type="checkbox"/> Amilasa |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobina | <input type="checkbox"/> Bilirrubina T | <input type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> Plaquetas | <input type="checkbox"/> Bilirrubina D | <input type="checkbox"/> CPK mb |
| <input type="checkbox"/> Urea | <input type="checkbox"/> TGO | <input type="checkbox"/> KPTT |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> Protombina % |
| <input type="checkbox"/> Glucemia | <input type="checkbox"/> FAL | <input type="checkbox"/> Sedimento |
| <input type="checkbox"/> Na | <input type="checkbox"/> LDH | urinario |

firma y sello



Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>

PD N°:

Potencial Donante:

Establecimiento: Servicio: Cama:

Se solicita:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hto | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Leucocitos | <input type="checkbox"/> CI | <input type="checkbox"/> Amilasa |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobina | <input type="checkbox"/> Bilirrubina T | <input type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> Plaquetas | <input type="checkbox"/> Bilirrubina D | <input type="checkbox"/> CPK mb |
| <input type="checkbox"/> Urea | <input type="checkbox"/> TGO | <input type="checkbox"/> KPTT |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> Protombina % |
| <input type="checkbox"/> Glucemia | <input type="checkbox"/> FAL | <input type="checkbox"/> Sedimento |
| <input type="checkbox"/> Na | <input type="checkbox"/> LDH | urinario |

firma y sello

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>

PD N°:

Observaciones:

.....

.....

.....

Firma y aclaración de la persona que recibe la muestra