



FORMULARIO		 CUCAIBA <small>Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires</small>	 Buenos Aires Provincia
FPrO-75-04-05	SOLICITUD DE SEROLOGIA		
Rev. 00	Página 1 de 1		

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"/> HIV | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Hbs Ag | <input type="checkbox"/> CMV |
| <input type="checkbox"/> Anti Hbc | <input type="checkbox"/> Brucelosis |
| <input type="checkbox"/> Anti HCV | <input type="checkbox"/> HTLV |
| <input type="checkbox"/> Chagas | <input type="checkbox"/> Test de embarazo |
| <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |

firma y sello



FORMULARIO		 CUCAIBA <small>Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires</small>	 Buenos Aires Provincia
FPrO-75-04-05	SOLICITUD DE SEROLOGIA		
Rev. 00	Página 1 de 1		

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"/> HIV | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Hbs Ag | <input type="checkbox"/> CMV |
| <input type="checkbox"/> Anti Hbc | <input type="checkbox"/> Brucelosis |
| <input type="checkbox"/> Anti HCV | <input type="checkbox"/> HTLV |
| <input type="checkbox"/> Chagas | <input type="checkbox"/> Test de embarazo |
| <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |

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