


Servicio Provincial de Histocompatibilidad / CUCAIBA

Donante:

.....

Fecha del estudio:

 Día Mes Año

PD N°:

.....

Probables receptores			Fecha suero			Resultados x serología				Resultados x citometría	
Apellido y Nombre			Día	Mes	Año	Linfocitos T sin DTT	Linfocitos T con DTT	Linfocitos B sin DTT	Linfocitos B con DTT	Linfocitos T-IgG	Linfocitos B-IgG
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Firma:

.....