

# SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO AL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA

(Completar según corresponda)

PD N°: .....

CPT N°: .....

Material enviado : .....

(tipo de tejido, especificaciones) .....

Fecha de generación del  
tejido no conforme y de deshecho :

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de entrega al Servicio de  
Anatomía Patológica :

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y sello  
Director Médico y / o Técnico  
Banco Homoinjertos Valvulares CUCAIBA

## Resultado de estudio anatomopatológico

---

Material recibido : .....

(tipo de tejido, especificaciones)

Informe anatomopatológico : .....

.....

.....

.....

Protocolo de eliminación : .....

Firma y sello  
Servicio de Anatomía Patológica  
Htal. San Juan de Dios