


FORMULARIO		 CUCAIBA <small>Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires</small> Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires Servicio Provincial de Procuración
10/04/2024	SOLICITUD DE SEROLOGIA	
Rev. 01	Página 1 de 1	

Servicio Provincial de Procuración

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

firma y sello



FORMULARIO		 CUCAIBA <small>Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires</small> Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires Servicio Provincial de Procuración
10/04/2024	SOLICITUD DE SEROLOGIA	
Rev. 01	Página 1 de 1	

Servicio Provincial de Procuración

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

PD N°:

Potencial Donante:

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"/> Dengue |
| | <input type="checkbox"/> |

firma y sello

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

PD N°:

Observaciones:

.....

.....

.....

Firma y aclaración de la persona que receptiona la muestra