

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	SOLICITUD HLA	 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires
Rev. 00	página 1 de 1	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
			:

PD N°:

Potencial Donante:.....Edad:.....

Establecimiento:.....Servicio:.....Cama:.....

Se solicita se realice tipificación de HLA :

- ☐ Bazo
- ☐ Sangre con heparina
- ☐ Sangre con EDTA
- ☐ Ganglios

firma y sello

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	SOLICITUD HLA	 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires
Rev. 00	página 1 de 1	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
			:

PD N°:

Potencial Donante:.....

Establecimiento:.....Servicio:.....Cama:.....

Se solicita se realice tipificación de HLA :

- ☐ Bazo
- ☐ Sangre con heparina
- ☐ Sangre con EDTA
- ☐ Ganglios

firma y sello

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
			:

PD N°:

Observaciones:

.....

.....

.....

Firma y aclaración de la persona que recepciona la muestra