

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

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:

☐ Creatinina

☐ Urea

firma y sello

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

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:

☐ Creatinina

☐ Urea

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