

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	SOLICITUD DE LABORATORIO	 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:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ Hto | ☐ K | ☐ Gama GT |
| ☐ Leucocitos | ☐ Cl | ☐ Amilasa |
| ☐ Hemoglobina | ☐ Bilirrubina T | ☐ CPK |
| ☐ Plaquetas | ☐ Bilirrubina D | ☐ CPK mb |
| ☐ Urea | ☐ TGO | ☐ KPTT |
| ☐ Creatinina | ☐ TGP | ☐ Protombina % |
| ☐ Glucemia | ☐ FAL | ☐ Sedimento |
| ☐ Na | ☐ LDH | ☐ urinario |

firma y sello

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	SOLICITUD DE LABORATORIO	 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:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ Hto | ☐ K | ☐ Gama GT |
| ☐ Leucocitos | ☐ Cl | ☐ Amilasa |
| ☐ Hemoglobina | ☐ Bilirrubina T | ☐ CPK |
| ☐ Plaquetas | ☐ Bilirrubina D | ☐ CPK mb |
| ☐ Urea | ☐ TGO | ☐ KPTT |
| ☐ Creatinina | ☐ TGP | ☐ Protombina % |
| ☐ Glucemia | ☐ FAL | ☐ Sedimento |
| ☐ Na | ☐ LDH | ☐ urinario |

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