

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

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ☐ HIV | ☐ Toxoplasmosis |
| ☐ Hbs Ag | ☐ CMV |
| ☐ Anti Hbc | ☐ Brucelosis |
| ☐ Anti HCV | ☐ HTLV |
| ☐ Chagas | ☐ Test de embarazo |
| ☐ VDRL | ☐ |

firma y sello

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

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ☐ HIV | ☐ Toxoplasmosis |
| ☐ Hbs Ag | ☐ CMV |
| ☐ Anti Hbc | ☐ Brucelosis |
| ☐ Anti HCV | ☐ HTLV |
| ☐ Chagas | ☐ Test de embarazo |
| ☐ VDRL | ☐ |

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