|  |
| --- |
| **Identificación del Paciente** |
| DNI: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Apellidos y nombres: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de nacimiento: | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Sexo: | [ ] Fem. [ ] Masc. |
| Domicilio actual: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Obra social: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Antecedentes del Paciente** |
| **Determinación urgente**  [ ] SI [ ]  NO**Internación** [ ] SI [ ]  NO  **Fecha de trasplante** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**Datos clínicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Biopsia** [ ] SI [ ]  NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Terapia Antiviral**  | [ ] SI [ ]  NO |  Fecha de inicio de tratamiento: |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Especifique: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Terapia Supresora** [ ] SI [ ]  NO Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Catéter Doble Jota** [ ] SI [ ]  NO **MM** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Rechazo Reciente** [ ] SI [ ] NO *(dentro de los primeros 6 meses)*  |
| **Muestra** |
| Fecha de toma : | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Nro. de protocolo: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipo de muestra:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Datos del Solicitante** |
| Efector solicitante: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de solicitud: | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Firma y sello del médico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Email: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |