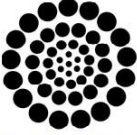


SUBSECRETARÍA DE SALUD DE NEUQUÉN	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
 Laboratorio Central	FORMULARIO	
LABORATORIO CENTRAL	[Solicitud de Carga Viral de Citomegalovirus]	Página 1 de 1

Identificación del Paciente

DNI: _____

Apellidos y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: Fem. Masc.

Domicilio actual: _____ Obra social: _____

Antecedentes del Paciente

Internación SI NO Serología (Ig G) donante/receptor: _____

Síntomas SI NO Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

Especifique: _____

Inducción Timoglobulina SI NO

Terapia Antiviral SI NO Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___

Especifique: _____

Terapia Supresora Micofenolato Corticoides Tacrolimos

Rechazo Reciente SI NO (*dentro de los primeros 6 meses*)

Muestra

Fecha de toma : ___/___/___ Nro. de protocolo: _____

Tipo de muestra: _____

Datos del Solicitante

Efactor solicitante: _____

Fecha de solicitud: ___/___/___

Firma y sello del médico: _____

Email: _____ Teléfono: _____