


SUBSECRETARÍA DE SALUD DE NEUQUÉN	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
 Laboratorio Central	FORMULARIO	Código: F –LCLH- PRE-02 Versión:01
LABORATORIO CENTRAL	Formulario de derivación de muestra para estudio de Histocompatibilidad	Página 1 de 2

### Identificación del Receptor

DNI: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Fem. Masc.

Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Obra social: \_\_\_\_\_

Fecha toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Identificación del Donante

DNI: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Fem. Masc.

Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Obra social: \_\_\_\_\_

Vínculo con el receptor: \_\_\_\_\_ Fecha toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Estudios Solicitados

SSOP (Luminex)	Donante	Receptor	Citotoxicidad	[X]
Locus A			Cross-match fase sólida. PRA(Luminex)	
Locus B			Cross-match familiar	
Locus DR			Cross-match pretrasplante	
Locus DQ				
Locus DP				
Locus C				

Transfusiones: SI. NO. Fecha última transfusión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Trasplantes previos: SI. NO. Embarazos: SI. NO.

### Datos del Solicitante

Efactor solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SUBSECRETARÍA DE SALUD DE NEUQUÉN	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	
 Laboratorio Central	FORMULARIO	Código: F –LCLH- PRE-02 Versión:01
LABORATORIO CENTRAL	Formulario de derivación de muestra para estudio de Histocompatibilidad	Página 2 de 2

<p>Firma y sello del médico: _____</p> <p>Email: _____ Teléfono: _____</p>
--