



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCR-FIV-10

Envío de muestras de Banco de Sangre al LCRSP para confirmación

Versión : 03

Vigencia: 26-4-2018

INSTITUCIÓN _____

FECHA DE ENVÍO _____

PRUEBA _____

TIPO DE MUESTRA _____

N°	NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	N° DE DONACIÓN	Edad	Sexo	DIRECCIÓN N° DE TELÉFONO	y Fecha de Toma de Muestra	Resultados de pruebas Realizadas en el Lab. De procedencia			OBSERVACIÓN	
								Resultado		Método		
								Abs	Cut off			

FIRMA Y SELLO DE PERSONAL RESPONSABLE: _____