



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

GCR-FIV-10

Envío de muestras de Banco de Sangre al LCRSP para confirmación

Versión : 04

Vigencia: 26-4-2018

INSTITUCIÓN _____

FECHA DE ENVÍO _____

PRUEBA _____

TIPO DE MUESTRA _____

| N° | NOMBRE COMPLETO | IDENTIFICACIÓN | N° DE DONACIÓN | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | DIRECCIÓN y N° DE TELÉFONO | 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: _____