

	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCR-FIV-10
	Envío de muestras de Banco de Sangre al LCRSP para confirmación	Versión: 05
		Vigencia: 26-04-2018

INSTITUCIÓN: _____

FECHA DE ENVÍO: _____

T° DE ALMACENAMIENTO
PREVIO AL ENVÍO AL LCRSP: _____

PRUEBA: _____

TIPO DE MUESTRA: _____

N°	NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN	N° DE DONACIÓN	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaa)	Edad	Sexo	DIRECCIÓN y N° DE TELÉFONO	Fecha de Toma de Muestra	RESULTADOS DE PRUEBAS REALIZADAS EN EL LABORATORIO PROCEDENCIA			
									Resultado		Equipo	Metodología
									Abs	Cut off		

Observaciones: _____

FIRMA Y SELLO DE PERSONAL RESPONSABLE: _____