

| | | |
|--|---|--|
| 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 1 |

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 (Luminex) | |
| Locus B | | | Cross-match familiar | |
| Locus DR | | | Cross-match pretrasplante | |
| Locus DQ | | | | |

Transfusiones: SI. NO. Fecha última transfusión: ___/___/___

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

Datos del Solicitante

Efactor solicitante: _____

Fecha de solicitud: ___/___/___

Firma y sello del médico: _____

Email: _____ Teléfono: _____