



## REMISIÓN DE MUESTRAS PARA TIPIFICACIÓN DE HLA

Fecha: DD MM AAAA

Código:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: DD MM AAAA

Tipo de identificación: C.C.  C.E.  T.I.  No. de identificación: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Tipo de trasplante: \_\_\_\_\_

Donante: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha de toma de muestra: DD MM AAAA

Diálisis: Sí  No  Tipo: Hemodialisis  Peritoneal  Frecuencia: \_\_\_\_\_

Transfusión: Sí  No  Fecha de última transfusión: DD MM AAAA

Muestra tomada por: \_\_\_\_\_