

	BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA COCHABAMBA	CODIGO
	REGISTRO DE CALIDAD	RG-LAB-007v001
		VERSION
SOLICITUD DE ESTUDIOS INMUNOHEMATOLOGICOS		001
Página 1 de 1		

NOMBRE DEL PACIENTE:						
Edad		Genero	M		F		
PRUEBAS SOLICITADAS							
Investigación e identificación de anticuerpos irregulares				Test de Coombs directo			
Determinación de grupo sanguíneo ABO, Rh y otros				Test de Coombs indirecto			
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO						
Antecedentes patológicos:							
.....							
.....							
ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Fecha de última transfusión			
Ha presentado reacción adversa		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Tipo de reacción adversa			
ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS						Número de hijos	
.....							
Antecedentes de enfermedad hemolítica perinatal o del recién nacido:							
.....							
.....							
.....							
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO RECIBIDO							
Sello y firma del médico solicitante:					Fecha de solicitud		
Institución de salud:							
REQUISITOS DE LA MUESTRA							
3 a 5 ml de sangre anticoagulada con EDTA. 8 a 10 ml de sangre en tubo seco para suero. Las muestras deben obtenerse en ayunas libres de hemolisis mecánica, deben estar correctamente identificadas con datos del paciente y herméticamente cerradas.							
Nombre y firma de responsable de la obtención de muestra:							
..... Fecha de obtención: / /							
OBSERVACIONES:							
.....							
.....							