

	BANCO DE SANGRE DE REFERENCIA COCHABAMBA	CODIGO
	REGISTRO DE CALIDAD	RG-LAB-007v001
		VERSIÓN
SOLICITUD DE ESTUDIOS INMUNOHEMATOLOGICOS		001
<p style="text-align: right;">Página 1 de 1</p>		

NOMBRE DEL PACIENTE:			
Edad		Genero	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de última transfusión
Ha presentado reacción adversa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	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:			