**DEPOSITO MUESTRAS EN BIOBANCO**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL DONANTE** *(cubra los datos en mayúsculas o pegue la etiqueta identificativa)* |
| **Número Historia Clínica /****Código identificación donante:** | ………………………………………………………………….………………………………..…………………….…………. | ***Espacio para etiqueta del donante*** |
| **Nombre:** | ………………………………………………..….……………. |
| **Apellidos:** | ………………………………………………..….……………. |
| **Fecha nacimiento:** | ………………………………………………..….……………. |
| [ ]  | Hombre | [ ]  | Mujer |
| **Sospecha diagnóstica:** | …………………………………………………………………. |
|  |
| **DATOS MUESTRAS** |
|  |
| ***MUESTRAS TEJIDOS*** |
| **Tipo de Tejido:** | ……………………………….…………………………. | **Otras especificaciones:** | ……………....……………………… |
| **Órgano del que se obtiene:** | ……………………………………….…………………. | **Localización en el órgano:** | ……………....……………………… |
| **Fecha obtención:** | ……………………………………….…………………. | **Hora obtención:** | ……………....……………………… |
|  |
| ***MUESTRAS LIQUIDAS*** |
| [ ]  | **Sangre** | [ ]  | **Suero** | [ ]  | **Plasma** | [ ]  | **LCR** | [ ]  | **Linfocitos** | [ ]  | **Otras** |
| **Otro tipo muestra:** | ……………………………………………. | **Número tubos enviados:** | ……………....……………………… |
| **Otras especificaciones:** | …………………………………………………………………………………………………………………..………………………. |
| **Fecha extracción:** | ……………………………..…………………………… | **Hora extracción:** | …………………………………………… |
|  |
| **DATOS DEL ENVIO** *(cubra los datos en mayúsculas)* |
| **Responsable envío:** | ………………………………………………………. | **Servicio:** | ……………………………………………………………. |
| **Teléfono contacto:** | ………………………………………………………. | **Hospital/Centro:** | ……………………………………………………………. |
| **Fecha envío:** | ………………………………………………………. | **Hora envío:** | ……………………………………………………………. |
|  |
| **OBSERVACIONES E INCIDENCIAS** |
|  |
|  |

***A cubrir por el Biobanco en el momento de la recepción.***

***Fecha y hora recepción:*** *…………………………...……* ***Responsable Gestión:*** *………………………………………………………….*