**PETICION MUESTRAS PARA FINES ASISTENCIALES**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** *(cubra los datos en mayúsculas)* |
| Nombre: | ……………………………………………. | Apellidos: | ……………………………………………………………. |
| Cargo: | ……………………………………………. | Servicio: | ……………………………………………………………. |
| Hospital / Centro: | ……………………………………………………………………………………………………………………………….……. |
| Teléfono: | ……………………………………………. | e-mail: | ……………………………………………………………. |
|  |
| **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 |
|  |
| **DATOS DE LA MUESTRA** |
| Fecha del envío de la muestra al Biobanco para ser almacenada: | ………………………………………………………………………..……… |
| Servicio depositario de la muestra en el Biobanco: | ……………………………………………………………………..………… |
|  |
| **Tipo muestra solicitada:** |
| [ ]  | Sangre | [ ]  | Suero | [ ]  | Plasma | [ ]  | LCR | [ ]  | ADN | [ ]  | Linfocitos | [ ]  | Tejido |
| [ ]  | Otro tipo muestra: | ………………………………………… | Cantidad solicitada: | ……………………………………………. |
| Otras especificaciones: | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| **OBSERVACIONES E INCIDENCIAS** |
|  |
| **Firma responsable petición:** |  |
| **Nombre responsable petición:** | ……………………….…………………………………. | **Fecha:** | …………………………………. |

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

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