

**DEPOSITO DE MUESTRAS****\* INFORMACIÓN MÍNIMA OBLIGATORIA**

DATOS DEL DONANTE (cubra los datos o pegue la etiqueta identificativa)

Número Historia Clínica\* Nombre: Apellidos: Fecha nacimiento:  Hombre  MujerSospecha diagnóstica\*: 

Espacio para etiqueta del donante

COLECCION/SERVICIO\*: 

## DATOS MUESTRAS

 Sangre con anticoagulante  Sangre sin anticoagulanteOtras: Indicaciones especiales: Nº tubos enviados\*: Fecha extracción\*: Hora extracción: 

## DATOS DEL ENVIO

Responsable envío\*: Servicio: Teléfono contacto\*: Hospital/Centro: Fecha envío: Hora envío: 

## OBSERVACIONES E INCIDENCIAS

A cubrir por el Biobanco en el momento de la recepciónCODIGO REGISTRO: