



CODIGO REGISTRO

BIOBANCO A CORUÑA

DEPOSITO MUESTRAS EN BIOBANCO

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

Número Historia Clínica /
 Código identificación donante:
 Nombre:
 Apellidos:
 Fecha nacimiento:
 Hombre Mujer
 Sospecha diagnóstica:

Espacio para etiqueta del donante

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: