



CODIGO REGISTRO

BIOBANCO A CORUÑA

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:
 Nombre:
 Apellidos:
 Fecha nacimiento:
 Hombre Mujer

Espacio para etiqueta del donante

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: