

Formulario de solicitud para Servicio de Genotipado KIR-HLAC

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/S

Nombre del paciente (ella): _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nº de historia clínica: _____

Nombre del paciente (él): _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nº de historia clínica: _____

ID Donante _____

INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA

Clínica remitora: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono/email de contacto: _____

Médico remitir: _____ Nº de colegiado: _____

Idioma del informe: ☐ Inglés ☐ Español

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

Tipo de muestra: ☐ Sangre ☐ Saliva ☐ ADN

Fecha de la extracción: _____ Hora: _____

TEST SOLICITADO

☐ Estudio KIR

☐ Estudio HLA-C mujer

☐ Estudio HLA-C hombre

☐ Estudio HLA-C donante

COMENTARIOS

Para uso exclusivo de IGLS:

Nº PROC.

FECHA DE RECEPCIÓN: