



FORMULARIO	HST-LAB-F105
	Página: 1 de 1
	Versión: 2
	Revisión: 27/4/23
PARA ENVIO DE MUESTRAS AL LABORATORIO CLINICO HST.	



Nombre(s)	Apellido(s)	Identificación del Paciente	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad

Región de salud	Distrito	Corregimiento	Diagnóstico / Información clínica relevante (Cuando aplique)

Institución que envía	Fecha de envío	Temperatura de transporte	Fecha de toma de muestra

Tipo de muestra	Pruebas a Realizar
Suero <input type="checkbox"/>	
Plasma <input type="checkbox"/>	
Sangre <input type="checkbox"/>	
Orina <input type="checkbox"/>	
Líquido corporal <input type="checkbox"/>	
Muestra Microbiológica <input type="checkbox"/>	

Nombre y firma del solicitante

- *Todas las muestras deben ser debidamente rotuladas (nombre completo y cédula) y embaladas.
- *Muestras de suero/plasma deben ser enviadas centrifugadas y separadas, las de orina en tubos sin aditivos.
- *Muestras de sangre total deben ser enviadas en su tubo de recolección primario.
- *Para las muestras microbiológicas se debe especificar el tipo de muestra y sitio anatómico

Para uso del Laboratorio Clínico HST	
Temperatura de recibo de muestra	<input type="text"/> Fecha y hora <input type="text"/>
Persona que recibe la muestra	<input type="text"/>