



PETICIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA PROCESO ASISTENCIAL

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos del solicitante:

Servicio/Unidad:

Centro/Institución:

Dirección postal:

Teléfono/Extensión de contacto **(importante)**:

Correo electrónico:

MUESTRAS BIOLÓGICAS SOLICITADAS

Tipo de muestra	N.º de muestras solicitadas

Observaciones:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR

Espacio para la pegatina del paciente

Rellénesse en caso de no disponer de la pegatina identificativa del paciente

Nombre y Apellidos:

N.º Historia clínica:

N.º Caex:

Fecha de nacimiento:

Observaciones:



DATOS PARA EL ENVÍO DE LAS MUESTRAS

Fecha deseada de recepción de la/s muestra/s:

Hora deseada de recepción de la/s muestra/s:

NOTA: La fecha y hora deseada para la recepción de las muestras solicitadas puede variar en algunas ocasiones, debidos a factores tales como: tipo de transporte, disponibilidad de stock, horarios de trabajo, etc. En estos casos, el Biobanco se pondrá en contacto con el servicio solicitante ante la necesidad de realizar cambios en las condiciones de envío.

Servicio de transporte:

Contacta Biobanco <input type="checkbox"/>	*Contacta servicio solicitante <input type="checkbox"/>
--	---

Señale con una "x" la opción deseada.

*Si contacta el Servicio solicitante con el de transporte → Indique la fecha y hora de recogida de la/s muestra/s en el Biobanco:

Observaciones:

Responsable del Biobanco del Área de Salud de Badajoz

Solicitante

Firma:

Firma:

En, a de de