



LABORATORIO CENTRAL DE SALUD PÚBLICA
AREA DE HISTOCOMPATIBILIDAD

FORMULARIO PARA ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD

DONANTE VIVO

DATOS DEL DONANTE

Nombre del Donante: _____ C.I.: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: F M

Grupo Sanguíneo: O A B AB Factor RH: _____

Nombre del Receptor: _____

Relación o parentesco con el receptor:

Padre

Madre

Hermano/a

Esposo/a

Otro: _____

ESTUDIOS SOLICITADOS

- Tipificación de HLA (03257)
- Crossmatch Donante (13152)

CENTRO DE TRASPLANTE: H. de Clínicas H. N. de Itauguá IPS

H. P. Niños de Acosta Ñu H. M. San Jorge Otro: _____

Firma Médico Tratante: _____ Fecha: _____

Sello: