



**FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE MUESTRAS PARA NIVELES
SANGUÍNEOS DE _____**

Laboratorio Remitente:

Teléfono:

Nombre del paciente:

Edad: años Sexo: M F Peso: Kg

Transplante de:

Fecha y hora de la última dosis: Día Mes Año Hora:

Dosis administrativa (concentración): Vía de administración:

Fecha y hora de toma de la muestra: Día Mes Año Hora:

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Confirmación terapéutica Sobredosis

Sospecha de toxicidad Urgencia

Ausencia de respuesta terapéutica

Bacterióloga



**FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE MUESTRAS PARA NIVELES
SANGUÍNEOS DE _____**

Laboratorio Remitente:

Teléfono:

Nombre del paciente:

Edad: años Sexo: M F Peso: Kg

Transplante de:

Fecha y hora de la última dosis: Día Mes Año Hora:

Dosis administrativa (concentración): Vía de administración:

Fecha y hora de toma de la muestra: Día Mes Año Hora:

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Confirmación terapéutica Sobredosis

Sospecha de toxicidad Urgencia

Ausencia de respuesta terapéutica

Bacterióloga