

RESULTADOS DE LABORATORIO

Fecha de llenado: ____ / ____ / 202 ____
 día mes año

Entrevistador: _____

Site:

__ Hosp. 1

__ Hosp. 2

Instrucciones: Complete este formulario después del consentimiento informado. Ver Manual de Procedimientos en búsqueda de instrucciones específicas, lenguajes y estándares usados en este formulario. Lea cuidadosamente cada ítem y use un bolígrafo negro y letra legible para llenar los espacios en blanco presionado firmemente.

1. Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / 202 ____
 día mes año

2. Hora de toma de muestra: ____ : ____
 h h m m

3. Hemograma completo. Completar el siguiente recuadro:

Prueba	Examen realizado	Resultado	Unidades	¿El resultado fue?*
3.1. Hemoglobina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Desconocido
3.2. Hematocrito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Desconocido
3.3. Recuento de hematíes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Desconocido

* Normal = Dentro de los límites de referencia del laboratorio

Anormal = Fuera de los límites de referencia del laboratorio

Desconocido = No existen o no se reportan límites de referencia del laboratorio

RESULTADOS DE LABORATORIO

4. Grupo sanguíneo. Completar el siguiente recuadro:

4.1. Sistema ABO	<div>__A</div> <div>__B</div> <div>__O</div>
4.2. Factor Rh	<div>__Positivo</div> <div>__Negativo</div>
4.3. Otros sistemas 1 (Especificar: _____):	_____
4.4. Otros sistemas 2 (Especificar: _____):	_____
4.5. Otros sistemas 2 (Especificar: _____):	_____

5. Comentarios: