



Laboratorio Nacional de Referencia

lab.bacteriologico@chlaep.org.uy - 2400 1444 - 2409 8489 int. 235 / Fax: 2403 1975

FORMULARIO PARA RETIRO DE TIRAS DETERMINE TB-LAM Ag

Completar todos los campos antes del retiro.

1 DATOS DE LA SOLICITUD

Fecha: / /

Institución:

Servicio:

Localidad:

Médico solicitante:

Teléfono:

2 PACIENTE / INDICACIÓN

Nombre:

CI:

Edad:

Sexo:

Recuento de CD4/ μ L:

Criterio clínico: Síntomas compatibles Hospitalizado Otro _____

Observaciones:

3 RETIRO DE TIRAS

Retira:

Documento:

Firma de quien retira:

4 USO INTERNO / REGISTRO

Entregado por:

Fecha entrega: / /

Firma:

CP: