

## Peticionario General

Fecha de solicitud: \* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Campos obligatorios

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

ORIGEN:

ENTIDAD: C2

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \*

Apellidos: \*

DNI/pasaporte: \*

Fecha de nacimiento: \*

(día/mes/año)

Género: \*  Mujer  Hombre

Teléfono: \*

Médico solicitante: **DRA.KATIA DOLLE 08-02624**

### PERFIL KATIA DOLLE (KDO1)

#### PRUEBAS

#### TUBOS NECESARIOS

#### PREANALITICA

Glucosa  
 Urato  
 Creatinina  
 GOT  
 GPT  
 GGT  
 Hierro  
 Vitamina B12  
 Vitamina D250H  
 TSH  
 T4L  
 T3L  
 Cortisol  
 Inmunoglobulina A  
 Inmunoglobulina G  
 Inmunoglobulina M  
 Inmunoglobulina E total  
 Ceruloplasmina  
 Serotonina  
 ACTH  
 Adrenalina  
 Noradrenalina  
 Dopamina  
 Cobre



SUERO X2 de los cuales enviaremos:  
 1 Alicuota suero congelado de 0,5 ml  
 1 Alicuota suero refrigerado de 0,5 ml (protegida de la luz)  
 Resto de ambos sueros refrigerados en los tubos originales.



EDTA X3 de los cuales enviaremos:  
 \*Tres alícuotas de plasma Edta congelado



Tubo suero metales

### OTRAS PRUEBAS

#### PRUEBAS