



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Área Sanitaria

FORMULARIO DE PETICIÓN DE ANALÍTICA INMUNOHEMATOLÓGICA EN GESTANTES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PETICIONARIO	DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA GESTANTE
Médico/Matrona (nº matrícula)	Nº Historia:
Servicio:	Primer Apellido:
Hospital/Centro de Salud:	Segundo Apellido:
Fecha de extracción:	Nombre:
Fecha de petición:	Fecha Nacimiento:
 	Tarjeta Sanitaria:
Firma:	D.N.I.:
	Domicilio:
	Teléfono:

DATOS CLÍNICOS	
Antecedentes (otros embarazos):	NO ☐ SI ☐ Fechas:
EMBARAZO ACTUAL:	
Fecha U.R.:	Semana de embarazo:
Gammaglobulina Anti-D:	NO ☐ SI ☐

PRUEBAS SOLICITADAS	
Grupo sanguíneo: ☐	Rh: ☐ Anticuerpos Irregulares: ☐

COMENTARIOS

Extraer muestra de EDTA K3; enviar la muestra y la petición al Servicio Transfusional del HUCA (planta baja HGA)