

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Género: F M

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____

Tipo de trasplante o diagnóstico: _____ Fecha de trasplante: **AAAA MM DD**

MEDICAMENTO INMUNOSUPRESOR:

Ciclosporina Tacrolimus Everolimus Sirolimus

Médico tratante: _____ Teléfono: _____

Muestra tomada por: _____ Fecha de toma de muestra: **AAAA MM DD**

Fecha de última dosis: **AAAA MM DD** Hora de última dosis: **HH:MM** Dosis de medicamento: _____
