

NIVELES DE MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES

Código: LAB-FOR-S00-30 Versión: 03 Fecha de emisión: 2023-05-16

DATOS DEL PACIENTE				
Nombre del paciente:			Género: F M	
Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación:			Edad:	
Tipo de transplante o diagnóstico:		Fecha de t	ransplante: AAAA MM DD	
MEDICAMENTO INMUNOSUI	PRESOR:			
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:		