

# IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**



PRÁCTICA AMB. DE LABORATORIO  
24 / 28 semanas

Día	Mes	Año
Fecha de Realización		

N° de Afiliadx	
----------------	--

# IOMA



# MAMI

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**

## PRÁCTICA AMBULATORIA DE LABORATORIO ENTRE 24 / 28 SEMANAS DE GESTACIÓN

Apellido y Nombre		N° de Afiliadx	
-------------------	--	----------------	--

Práctica	SI / NO	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
Hemograma completo								
Glucemia Pre Prandial								
Glucemia Post Prandial								
Uricemia			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Orina completa								
HIV								
VDRL - Sífilis								

EPO	EPE

Firma Afiliadx
----------------

Firma y Sello Bioquímico
--------------------------

Firma y Sello Médico
----------------------

# IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**



PRÁCTICA AMBULATORIA  
DE LABORATORIO

Día	Mes	Año
Fecha de Realización		

N° de Afiliadx	
----------------	--

# IOMA



# MAMI

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**BUENOS AIRES**

## PRÁCTICA AMBULATORIA DE LABORATORIO

Apellido y Nombre		N° de Afiliadx	
-------------------	--	----------------	--

Práctica	Código	Fecha de Indicación			Fecha de Realización		
Urocultivo con tipificación de gérmenes							
Antibiograma		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

EPO	EPE

Firma Afiliadx
----------------

Firma y Sello Bioquímico
--------------------------

Firma y Sello Médico
----------------------