IMPRESO **MOD-003-CC-PAT**

CADENA DE CUSTODIA*

* Este impreso ha de ser rellenado por todas y cada una de las personas que hayan estado presentes en la toma de muestras señaladas en el presente documento, y hayan estado en contacto con las mismas. Dichas personas se harán responsables de las muestras hasta su llegada y recepción por alguno de los representantes de **SIGENlab** (DGS Proyectos, S.L.)

Identificación de las muestras

(listado de las muestras)

Nº de identificación: _____
Tipo de muestras: ☐ raspado bucal (torundas / hisopos) ☐ muestra de sangre (tarjeta) ☐ otros soportes (especificar): _____
Persona a quién pertenece: D./Dña. _____
D.N.I.: _____
Relación con el caso: ☐ supuesta madre ☐ supuesto padre ☐ supuesto hijo/a

Nº de identificación: _____
Tipo de muestras: ☐ raspado bucal (torundas / hisopos) ☐ muestra de sangre (tarjeta) ☐ otros soportes (especificar): _____
Persona a quién pertenece: D./Dña. _____
D.N.I.: _____
Relación con el caso: ☐ supuesta madre ☐ supuesto padre ☐ supuesto hijo/a

Nº de identificación: _____
Tipo de muestras: ☐ raspado bucal (torundas / hisopos) ☐ muestra de sangre (tarjeta) ☐ otros soportes (especificar): _____
Persona a quién pertenece: D./Dña. _____
D.N.I.: _____
Relación con el caso: ☐ supuesta madre ☐ supuesto padre ☐ supuesto hijo/a

Recogida de las muestras

(las personas que realizan la extracción y envasado de las muestras actuarán de testigos certificando la procedencia de las muestras, para lo cual firman en el área señalada e indicando su DNI o número de identificación)

La extracción de muestra se realiza en (dirección del Centro Sanitario o domicilio particular) _____

_____

a la hora _____ **:** _____ **, del día** _____ **/** _____ **/** _____ **,**

y fueron extraídas por _____

DNI (o número de identificación personal): _____

Firma:

Las muestras son envasadas y etiquetadas por _____

DNI (o número de identificación personal): _____

Fecha de envío de las muestras al laboratorio _____ **/** _____ **/** _____

Condiciones de almacenaje hasta su envío _____

Empresa que realiza el transporte (si procede) _____ **CIF:** _____

Firma:

Recepción de las muestras

Nombre de la persona que entrega las muestras _____

DNI (o número de identificación personal): _____

Registro y confirmación de la empresa que realiza el transporte (si procede) _____

_____ **CIF:** _____

Firma:

La entrega fue realizada a la hora _____ **:** _____ **, del día** _____ **/** _____ **/** _____

Nombre de la persona que recibe las muestras _____

DNI (o número de identificación personal): _____

Firma: