

SOLICITUD DE ENSAYO INMUNOFENOTÍPICO

DATOS DEL SOLICITANTE		Datos internos a cumplimentar por la Unidad de Inmunopatología a la recepción de la muestra	
Nombre:		Fecha solicitud:	
Institución:		Fecha recepción: Hora:	
e-mail:		Número de Estudio:	
Tel.:	Fax:	Orden de Trabajo:	
		Fecha:	
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre y Apellidos:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Edad:
DATOS RELATIVOS A LA MUESTRA			
Código/referencia:		Fecha toma de muestra:	
Origen: <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		Hora:	
DATOS CLÍNICOS			
Diagnóstico de sospecha	<input type="checkbox"/> Leucemia aguda <input type="checkbox"/> Mieloblástica <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5a <input type="checkbox"/> M5b <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> M7 <input type="checkbox"/> Linfoblástica <input type="checkbox"/> Crisis blástica <input type="checkbox"/> Leucemia crónica <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Otros SLP leucémicos <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> SMP no LMC (especificar) <input type="checkbox"/> Linfoma no Hodgkin (especificar histología) <input type="checkbox"/> Mieloma múltiple <input type="checkbox"/> Otro (especificar)	OBSERVACIONES	
Fecha diagnóstico / /			
Momento del estudio	<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Progresión <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
Datos de laboratorio	HEMOGRAMA	Hb:.....g/dL Leucocitos:.....x10 ⁹ /l Blastos/Células tumorales:.....% Segmentados:.....% Linfocitos:.....% Monocitos:.....% Eosinófilos:.....% Plaquetas:.....x10 ⁹ /L	
	BIOQUÍMICA	Componente monoclonal (tipo y cantidad):.....	
	MÉDULA ÓSEA	Blastos/Células tumorales:.....%	
	OTROS DATOS CLÍNICOS	Hepatomegalia:.....cm Esplenomegalia:.....cm Adenopatías:..... Hipertrofia gingival:..... Masa Bulky (>10cm):..... Diatesis Hemorrágica:..... Infiltración Extramedular/Extraganglionar (especificar):.....	
Protocolo terapéutico	Por favor, especifique el protocolo terapéutico que va a recibir el paciente:		

