

Referencia Laboratorio Clínico
Formulario Solicitud de Estudio Inmunofenotípico
Departamento de Hematología

Datos del Paciente		
Nombre: _____	Sexo: _____	
Teléfono: _____	Edad: _____	
Datos del Solicitante		
Nombre: _____	Fecha y hora de la Recepción: _____	
Teléfono: _____		
Centro Médico: _____		
Datos Relativos a las Muestras		
Origen: _____	Fecha y hora de toma: _____	
Sangre Periférica ☐	Médula Ósea ☐	
Datos Clínicos		
Sospecha Diagnóstica: ☐ Leucemia Aguda - Mieloblástica ☐ - Linfoblástica ☐ - Crisis blástica ☐ ☐ Síndrome Linfoproliferativo Crónico - LLC ☐ - Linfoma No Hodgkin ☐ - Tricoleucemia ☐ Mieloma Múltiple ☐ Síndrome mielodisplásico ☐	Observaciones: 	
Momento del estudio		
Datos adicionales	Diagnóstico ☐ EMR LLA-B ☐ Recaída ☐ Progresión ☐ Otro: _____	
	Diagnóstico previo: _____	
	Hemograma	
	Hb: _____ g/dL Leucocitos: _____ x10 ³ /μL Plaquetas: _____ x10 ³ /μL Blastos/Células tumorales % : _____	
	Examen Físico	
Adenopatías ☐ Hepatomegalia ☐ Esplenomegalia ☐ Otro: _____		

Firma y exequátur del médico solicitante

Recomendación: Antes de hacer uso de este documento, favor confirmar su vigencia en el software ISOLucion por si ha sido modificada la versión. Las modificaciones y/o actualizaciones de este documento deberán solicitarlas a control de documentos.

Referencia Laboratorio Clínico
Formulario Solicitud de Estudio Inmunofenotípico
Departamento de Hematología

Anexos

Tipo de Cambio:	X	Modificado	X	Añadido		Sustituido
------------------------	---	------------	---	---------	--	------------

Justificación del cambio:

En el apartado “Método del Estudio” se sustituyó “EMR” por “EMR LLA-B.

Recomendación: Antes de hacer uso de este documento, favor confirmar su vigencia en el software ISOLucion por si ha sido modificada la versión.
Las modificaciones y/o actualizaciones de este documento deberán solicitarlas a control de documentos.