

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 <input type="checkbox"/>	Médula Ósea <input type="checkbox"/>	
Datos Clínicos		
Sospecha Diagnóstica: Leucemia Aguda <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Mieloblástica <input type="checkbox"/>• Linfoblástica <input type="checkbox"/>• Crisis blástica <input type="checkbox"/> SLPC <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• LLC <input type="checkbox"/>• Linfoma No Hodgkin <input type="checkbox"/>• Tricoleucemia <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiple <input type="checkbox"/> Síndrome mielodisplásico <input type="checkbox"/>	Observaciones: <div style="border: 1px solid black; height: 250px; margin-top: 10px;"></div>	
Hemograma		
Hb: _____ g/dL	Leucocitos: _____ x10 ³ /μL	Plaquetas: _____ x10 ³ /μL
Examen Físico		
Adenopatías <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>
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.