

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias	SERVICIO DE HEMATOLOGIA ERITROPATOLOGIA SOLICITUD PRUEBAS ANALITICAS	
		Ed: 01

Apellidos _____ Nombre _____
 N° S.S. _____ N° Historia _____ Fecha de nacimiento _____
 Hospital de procedencia _____ Médico Peticionario _____
 Servicio Peticionario _____ Situación _____

FECHA DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA**HORA**.....

Motivo del estudio:

Datos a cubrir por el solicitante:

Hemograma:	
Hgb _____	VCM _____ CHCM _____ CHM _____ Reticulocitos _____
Fe * _____	Ferritina _____ BI T** _____ LDH** _____ Haptoglobina** _____

** Fe y Ferritina en caso de estudio de hemoglobinopatias y HPN*

*** BT, LDH y haptoglobina en caso de estudio de esferocitosis*

Estudio solicitado:

☐ Estudio Hemoglobinopatias (EH)	☐ Hgb A2 ☐ Hgb F ☐ Electroforesis de Hgb
☐ Estudio de Esferocitosis (HEMO)	☐ RGO * ☐ Autohemólisis *
☐ Estudio de HPN (HEMO)	☐ HAM * ☐ Sacarosa * ☐ Citometría

** Peticiones no ofertadas a Laboratorios Externos*