

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSERJÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias	SERVICIO DE HEMATOLOGIA CITOMETRIA DE FLUJO PETICIÓN DE ESTUDIO DE INMUNOFENOTIPO	
	Ed: 02	

APELLIDOS_____ **NOMBRE**_____

Nº S.S._____ **Nº Hª CLINICA**_____

Edad_____ **Sexo** _____ **Fecha de diagnóstico** _____

PROCEDENCIA_____ **DOCTOR**_____

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

ORIGEN DE LA MUESTRA	
☐	Sangre periférica
☐	Médula ósea
☐	Otros
☐	

MOMENTO DEL ESTUDIO		
☐	Diagnóstico	Otros
☐	Progresión	
☐	Recaída	
☐	E. mínima residual	

IMPRESION DIAGNOSTICA INICIAL					
☐	Leucemia aguda	☐	SLPC	☐	Linfoma no Hodgkin
☐	- Mieloblástica: FAB (M.....)	☐	- LLC	☐	Mieloma múltiple
☐	- Linfoblástica	☐	- Otros SLPC	☐	Otros
☐	- Crisis blástica (LMC; SMD)	☐		☐	

DATOS CLINICOS:

Hepatomegalia.....cms. Esplenomegalia.....cms. Adenopatías.....
 Infiltración Extramedular/Extraganglionar..... Especificar.....

HEMOGRAMA:

Ltos..... Blastos.....% Seg..... Monos..... Baso..... Eos.....
 Linfos..... Linfos atípicos: morfología.....
 Plaquetas..... Hb..... Otros datos.....

MEDULA OSEA: Blastos.....%.Otros datos significativos.....

BIOPSIAS: OSEA.....
 GANGLIONAR.....
 Otras (hígado, etc.).....

OBSERVACIONES: