



LABORATORIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO
UNIDAD/SECCIÓN ANATOMÍA PATOLÓGICA
 FACULTAD DE MEDICINA
 UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



SOLICITUD DE ESTUDIO DE INMUNOFENOTIPO DE HEMOPATÍAS MALIGNAS.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ R.U.T.: _____
 Fecha de Nac: ___/___/___ Edad: _____ Sexo F M
 Procedencia: _____ Diagnóstico: _____

DATOS CONTACTO

Médico Tratante: _____
 Teléfono: _____ Email (obligatorio): _____

DIAGNOSTICO DE REFERENCIA:

Fecha de Diagnóstico: ___/___/_____.
 Presentación Seguimiento Recaída

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Tratamiento: _____ Fecha de inicio: _____ Otro: _____
 Corticoides: SI NO Sindr. Down: NO SI Otra neoplasia: _____

Linfadenopatías	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI	Hepatomegalia	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI	Esplenomegalia:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI
SNC Comprometido	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI	Infiltración piel y/o encías:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI	Sd. Hemorrágíparo:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI
Masa tímica	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI	Masa mediastínica	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI	Derrame pleural:	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI

EXÁMENES DE LABORATORIO

Hb (gr/dL) / Hcto (%): ___/___ Plaq _____ x mm³ Leucocitos: _____ x mm³
 Eo ___ Baso ___ Mielo ___ Juv ___ Baci ___ Seg ___ Linfo ___ Mono ___ %
 Blastos en Sangre: _____ % Blastos en MO: _____ %

EXAMEN SOLICITADO

INMUNOFENOTIPO: _____ _____	MUESTRA ENVIADA: <input type="radio"/> MO <input type="radio"/> SP Liq. Biológico: _____
	FROTIS ENVIADO: <input type="radio"/> MO <input type="radio"/> SP Liq. Biológico: _____
	FECHA DE TOMA DE MUESTRA: ___/___/___