

**Solicitud de estudio Inmunofenotípico**

DATOS DEL SOLICITANTE		Datos a completar en la sección de Citometría a la recepción de la muestra	
Nombre:	Fecha solicitud:	Fecha recepción:	
Institución/Empresa:		Hora:	
Tel.:		OA:	
mail:		N° estudio:	
		Fecha:	
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre y Apellidos:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Edad:
		Rut:	Fecha Nac.:
DATOS RELATIVOS A LA MUESTRA			
Origen: <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> GANGLIO <input type="checkbox"/> Otro (especificar)			Hora:
DATOS CLÍNICOS			
Diagnóstico de sospecha	<input type="checkbox"/> Leucemia aguda <input type="checkbox"/> Mieloblástica <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5a <input type="checkbox"/> M5b <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> M7 <input type="checkbox"/> Linfoblástica <input type="checkbox"/> Crisis blástica <input type="checkbox"/> Leucemia crónica <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Otros SLP leucémicos <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> SMP no LMC (especificar) <input type="checkbox"/> Linfoma no Hodgkin (especificar histología) <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiple <input type="checkbox"/> Mielodisplasia <input type="checkbox"/> Otro (especificar)	OBSERVACIONES	
Momento del estudio	<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Progresión <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
Datos de laboratorio	HEMOGRAMA	Hb:.....g/dL Leucocitos:.....x10 <sup>3</sup> /uL Blastos/Células tumorales:.....%	
	BIOQUÍMICA	Segmentados:.....% Linfocitos:.....% Monocitos:.....% Eosinófilos:.....% Plaquetas:.....x10 <sup>3</sup> /uL	
	MÉDULA ÓSEA	Blastos/Células tumorales:.....%	
	OTROS DATOS CLÍNICOS	Hepatomegalia:.....cm Esplenomegalia:.....cm Adenopatías:..... Hipertrofia gingival:..... Masa Bulky (>10cm):..... Diatesis Hemorrágica:..... Infiltración Extramedular/Extraganglionar (especificar):.....	
Protocolo terapéutico	Por favor, especifique el protocolo terapéutico que va a recibir o recibió el paciente:		

## Solicitud de estudio Inmunofenotípico

### 1. PANELES DE ENSAYO IMMUNOFENOTIPICO (marque la casilla correspondiente al panel solicitado\*)

- 1584 Inmunofenotipo de Leucemias Agudas
- 1232 Inmunofenotipo de Síndromes Linfoproliferativos (SLP)
- 1782 Panel de Síndromes Mielodisplástico (SMD) o Síndromes Mieloproliferativos (SMP)
- 1781 Panel Mieloma Múltiple (MM) / Gammapatía Monoclonal
- 1583 Estudio de enfermedad mínima residual (EMR)

***\*Nota: para el estudio de EMR, si el diagnóstico no se realizó en nuestro centro, se debe adjuntar una copia con el informe del estudio fenotípico al momento del diagnóstico.***

- 2147 Estudio de Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN)
- Otro panel (especificar):

**\* MUY IMPORTANTE:**

**(1)** Las muestras se recibirán entre las 8:00 y 14:00 hrs. de lunes a jueves y hasta las 12:00 hrs. los viernes y vísperas de festivos. En casos particulares, y con comunicación previa, podrán aceptarse fuera de este horario. **(2)** En caso de ser necesaria la ampliación del estudio se consultará informando por teléfono del resultado obtenido en los paneles realizados. **(3)** El tarifado de cada prestación puede ser consultado en la central telefónica del Servicio de Laboratorios (02-3548636) **(4)** Las instrucciones para la toma y envío de muestras, así como otras condiciones generales, están recogidas en el "SINFEX". Si no dispone de este documento puede obtenerlo a través de cualquiera de las unidades de toma de muestras (UTM) de la Red de Salud UC-CHRISTUS.



## **ASPIRADO MEDULAR**

(Aplicable para los siguientes exámenes: Mielograma, Hemosiderina, Citometría de Flujo, PCR)

(IP-046)

Estimado paciente:

Su médico tratante le ha solicitado una aspiración de medula ósea como parte del estudio de alguna enfermedad que comprometa la formación de la sangre.

El examen requiere de una muestra de buena calidad, por tanto lea las siguientes instrucciones hasta el final antes de tomar la muestra.

### **Requisitos:**

Debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Usted NO requiere ayuno
2. La realización del aspirado medular requiere que se haga una punción al hueso de la cresta iliaca en la espalda, en este tipo de procedimiento NO se afecta la medula espinal.
3. Es una punción ambulatoria, no requiere hospitalización luego del procedimiento usted se va a su casa.
4. Se va con un parche en el sitio de punción que debe retirar al día siguiente con agua.
5. Es necesario que usted firme el consentimiento entregado antes que se realice el examen para poder llevar a cabo el procedimiento.

### **Recolección de la muestra:**

No aplica

### **Traslado de la muestra:**

No aplica

Usted debe considerar estos plazos de entrega de sus resultados para el control con su médico tratante.

El tiempo de entrega de sus exámenes realizados es:

- Mielograma: 5 días hábiles.
- Hemosiderina medular: 5 días hábiles.
- Citometría de flujo: 5 días hábiles
- Muestras de Biología Molecular y PCR: 3 a 15 días hábiles.

**Si tiene dudas o no comprende claramente las instrucciones, consulte al personal de enfermería de la Unidad de Toma de Muestras o llámenos a la Central de Información de Exámenes al**

**22354 8636**