

Solicitud de estudio Inmunofenotípico

DATOS DEL SOLICITANTE		Datos a completar en la sección de Citometría a la recepción de la muestra	
Nombre:		Fecha solicitud:	
Institución/Empresa:		Fecha recepción:	
Tel.:		mail:	
Institución/Empresa:		Hora:	
		OA:	
		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 Fecha diagnóstico <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<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 ³ /uL Blastos/Células tumorales:.....% Segmentados:.....% Linfocitos:.....% Monocitos:.....% Eosinófilos:.....% Plaquetas:.....x10 ³ /uL	
	BIOQUÍMICA	Proteína C Reactiva:.....Componente monoclonal (tipo y cantidad):.....	
	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.