



SOLICITUD DE ESTUDIO DE INMUNOFENOTIPO DE HEMOPATIAS MALIGNAS
ESTUDIO DE INMUNOFENOTIPO

Fecha: DD MM AAAA

Código:

No. historia clínica: _____ Nombre completo: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

Procedencia: _____ Solicitud por el servicio de: _____ EPS: _____

Médico solicitante: _____ Móvil de MD: _____

DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA: _____

En estudio: Seguimiento Recaída

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

Tratamiento: _____ Fase: _____ Otro: _____

Otras neoplasias: _____ Corticoides: Sí No

EXAMEN FÍSICO:

Linfadenopatía Sí No Hepatomegalia Sí No Esplenomegalia Sí No

SNC comprometido Sí No Infiltración piel y/o encías Sí No Sd. Hemorragíparos Sí No

Masa Tímica Sí No Masa mediastínica Sí No Derrame Pleural Sí No

EXAMEN SOLICITADO:

Inmunofenotipo: _____ Tipo de muestra enviada: _____

_____ Fecha de toma de muestra: DD MM AAAA Hora: _____

Se envía Mielograma: Sí No

Observaciones: _____
