

## **CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO Enfermedad Mínima Residual**

> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	
➤ EDAD:	SEXO: (F) (M)
> FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:	
> ESPECIMEN:	
( ) SANGRE PERIFÉRICA ( ) MÉDULA ÓSEA ( ) OTRO _	
> ANTICOAGULANTE EMPLEADO:	
( ) EDTA	
> POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):	
FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO INMUNOFENOTIPO:	
**Obligatorio: Anexar el resultado con los histogramas de dicho estudio. Deb	pido a que el proceso de Enfermedad Residual solo
aplica cuando existe un inmunofenotipo previo.	
➤ MÉDICO SOLICITANTE:	
> OBSERVACIONES:	
	FOR-PRE-034/V0
I ÅNG	
CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO Enfer  NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	rmedad Mínima Residual
LAUGIA FORIOS OL RIPERINCIA	rmedad Mínima Residual  SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: > EDAD:	SEXO: (F) (M)
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  EDAD:  FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:	SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  > EDAD:  > FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  > ESPECIMEN:	SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  > EDAD:  > FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  > ESPECIMEN:  ( ) SANGRE PERIFÉRICA ( ) MÉDULA ÓSEA ( ) OTRO _  > ANTICOAGULANTE EMPLEADO:	SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  > EDAD:  > FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  > ESPECIMEN:  ( ) SANGRE PERIFÉRICA ( ) MÉDULA ÓSEA ( ) OTRO  > ANTICOAGULANTE EMPLEADO:  ( ) EDTA ( ) OTRO  > POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):	SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  > EDAD:  > FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  > ESPECIMEN:  ( ) SANGRE PERIFÉRICA ( ) MÉDULA ÓSEA ( ) OTRO  > ANTICOAGULANTE EMPLEADO:  ( ) EDTA ( ) OTRO	SEXO: (F) (M)
➤ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  EDAD:  FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  ESPECIMEN:  ( ) SANGRE PERIFÉRICA ( ) MÉDULA ÓSEA ( ) OTRO  ANTICOAGULANTE EMPLEADO:  ( ) EDTA ( ) OTRO  POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):	SEXO: (F) (M)
> NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  > EDAD:  > FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  > ESPECIMEN:  ( ) SANGRE PERIFÉRICA ( ) MÉDULA ÓSEA ( ) OTRO  > ANTICOAGULANTE EMPLEADO:  ( ) EDTA ( ) OTRO  > POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):  FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO INMUNOFENOTIPO:	SEXO: (F) (M)
➤ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:  EDAD:  FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA:  ESPECIMEN:  () SANGRE PERIFÉRICA () MÉDULA ÓSEA () OTRO _  ANTICOAGULANTE EMPLEADO:  () EDTA () OTRO  POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):  FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO INMUNOFENOTIPO:  **Obligatorio: Anexar el resultado con los histogramas de dicho estudio. Deb	SEXO: (F) (M)