



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 () OTRO _____

- POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):

FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO INMUNOFENOTIPO: _____

**Obligatorio: Anexar el resultado con los histogramas de dicho estudio. Debido a que el proceso de Enfermedad Residual solo aplica cuando existe un inmunofenotipo previo.

- MÉDICO SOLICITANTE: _____

- OBSERVACIONES: _____

FOR-PRE-034/V0



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 () OTRO _____

- POSIBLE DIAGNÓSTICO (ANEXAR HISTORIA CLÍNICA):

FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL ESTUDIO INMUNOFENOTIPO: _____

**Obligatorio: Anexar el resultado con los histogramas de dicho estudio. Debido a que el proceso de Enfermedad Residual solo aplica cuando existe un inmunofenotipo previo.

- MÉDICO SOLICITANTE: _____

- OBSERVACIONES: _____

FOR-PRE-034/V0