|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido y Nombres:……………………...……………………………………………………………………………….. | | | | | | |
| Domicilio:…………………………..………………………………………………………….……………………………. | | | | | | |
| Teléfono…………………….…Celular…………………….……..Teléfono contacto……….…….……………………. | | | | | | |
| e-mail:……………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | |
| Fecha de nacimiento…………………………………Documento Nº………...……………..…… (Fotocopia) | | | | | | |
| Obra Social:…………………………………………………………………..………………….…………………………. | | | | | | |
| Diagnóstico:……………………………………………(Resumen de H. Clínica)………………………………………. | | | | | | |
| Institución que deriva:……………………………………………………………Sector……….…………………………. | | | | | | |
| Domicilio:……………………………………………….…………………………Teléfono………………..…Int……….. | | | | | | |
| Profesional que deriva:……………………………………………………….…….…………………………………….… | | | | | | |
| Teléfono………………………..Celular……………………e-mail:……………………………………………………….. | | | | | | |
| **DATOS CLINICOS DEL PACIENTE** | | | | | | |
| **Hemograma:** ………………...**Medulograma**……………………………………………………………………. | | | | | | |
| Hb:…………………………… % de infiltración:…………………………………………………………………… | | | | | | |
| GB:……………………………Celularidad:………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Recuento de plaquetas:……………………………………………………………………………………. . …….. | | | | | | |
| Linfocitos de SP:………………………...…………………………………………………………………………... | | | | | | |
| Porcentaje de blastos:…………………………………………………………………………………………….… | | | | | | |
| LDH :…………………………………………………………………………………………………………………... | | | | | | |
| **Datos clínicos:** |  |  |  |  |  |  |
| Esplenomegalia: Si/No……………………………………………………………………….……………….……. | | | | | | |
| Hepatomegalia: Si/No………………………………………………………………………….………….………. | | | | | | |
| Adenopatias: Cervicales:……………………………………………………………………….………………. | | | | | | |
| Axilares:………………………………………………………………………….………………. | | | | | | |
| Inguinales:……………………………………………………………………………….……….. | | | | | | |
| TC Scanning:………………………………………………………………………….…………. | | | | | | |
| ¿Cuál es el objetivo de la muestra? | |  |  |  |  |  |
| \*Diagnóstico: | | \*Seguimiento: | | | \*Otros: | |
| **Comentarios Adicionales:**………………………………………………………………….……………..……... | | | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………….………………..………. | | | | | | |
| ………………………………………………………………………………….……………………………..………. | | | | | | |
| **Diagnóstico presuntivo:**………………………………………………………………………….……..………...  ………………………………………………………………………………………………………………..……….. | | | | | | |
| **LAS MUESTRAS - PARA SER RECIBIDAS - DEBERÁN ESTAR ACOMPAÑADAS DE ESTA FICHA** | | | | | | |