IIHEMA
Instituto de Investigaciones HEMATOLÓGICAS
MARIANO R. CASTEX

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