



Nota: Debe ser diligenciado por el médico tratante. Dicha información será de utilidad para el procesamiento e interpretación de los estudios solicitados.

Fecha: _____ Entidad: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo : _____

Identificación: _____ Sexo: Femenino Masculino Edad: _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo : _____

Correo electrónico : _____

DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de la toma de muestra: _____ Hora de la toma de muestra: _____

Tipo de muestra: Médula ósea Sangre periférica Otra

Diagnóstico:

Nota: Si el diagnóstico es mieloma múltiple, gammapatía monoclonal o neoplasia de células plasmáticas, es necesario realizar separación de plasmocitos.

De novo En tratamiento En seguimiento Estado post-trasplante En recaída

ESTUDIO (S) SOLICITADO (S)

Cariotipo para estados leucémicos FISH ¿cuál? _____

FISH en plasmocitos ¿cuál? _____

Observaciones:

Firma del médico solicitante

