

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO Enfermedad Mínima Residual

Nombre completo del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: ()Femenino ()Masculino

Fecha y hora de toma de muestra: _____

Espécimen:

Sangre Periférica Medula Ósea Otro

Anticoagulante empleado:

EDTA Otro

Posible diagnóstico (Anexar historia clínica): _____

Fecha en que se realizó el estudio inmunofenotipo: _____

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

Médico solicitante: _____

Observaciones: _____
