

Nombre completo del paciente: _____ Género: F M

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA No. _____ Edad: _____

Fecha de toma de muestra: **AAAA MM DD** Hora toma de muestra biológica: **HH:MM**

Teléfono: _____

Tipo de muestra biológica	Sangre periférica	Médula ósea	Vellosidad coriónica	Líquido amniótico	Sangre fetal	Restos ovulares	Piel	Bloques de parafina	Otro

Indicación clínica: _____ ¿Anexa historia clínica? SÍ NO

Examen solicitado: _____

Médico solicitante: _____ Teléfono: _____

Observaciones: _____

Uso exclusivo para neoplasias hematológicas

Recuento celular: _____

Situación clínica: _____

Diagnóstico Tratamiento Recaída Remisión citogenética Trasplante

Este formato no sustituye la historia clínica.