

SOLICITUD DE ENSAYO INMUNOFENOTÍPICO

Datos a cumplimentar por el Servicio de Citometría a la recepción de la muestra
Nº DE ESTUDIO

Fecha recepción

Hora

DATOS DEL REMITENTE

Nombre y Apellidos			Fecha solicitud	
Teléfono		email		
Nombre de la Institución	Servicio	C.I.F. (o clave orgánica para usuarios USAL)		

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos	Sexo	Edad	Fecha nacimiento
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		

DATOS RELATIVOS A LA MUESTRA

Código/referencia		Fecha toma de muestra		Hora	
Origen	<input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)				

DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico de sospecha

- Leucemia Aguda
- Mieloblástica
- M0 M1 M2 M3 M4 M5a M5b M6 M7
- Linfoblástica
- Crisis Blástica
- Leucemia Crónica
- LLC
- Otros SLP leucémicos
- LMC
- SMP no LMC (especificar)
- Linfoma no Hodgkin (especificar Histología)
- Mieloma múltiple
- Otro (especificar)

Fecha Diagnóstico

Observaciones

Momento del estudio

Diagnóstico EMR Recaída Progresión Otro:

Datos del Laboratorio

Hemograma

Hb (g/dl):

Leucocitos (x10⁹/L):

(DATO IMPRESCINDIBLE)

Blastos/Células tumorales (%):

Segmentados (%):

Monocitos(%):

Plaquetas(x10⁹/L):

Médula Ósea

Blastos/Células tumorales (%):

Bioquímica

Proteína C Reactiva:

Componente monoclonal (tipo y cantidad):

Otros datos clínicos

Hepatomegalia(cm):

Esplenomegalia(cm):

Adenopatías:

Infiltración Extramedular/Extraganglionar (especificar):

Hipertrofia gingival:

Masa Bulky (>10cm):

Diatesis Hemorrágica:

Protocolo Terapéutico (Por favor, especifique el protocolo terapéutico que va a recibir el paciente)

SOLICITUD DE ENSAYO INMUNOFENOTÍPICO (Reverso)

1. PANELES DE ENSAYO INMUNOFENOTÍPICO (marque las casillas correspondientes a los paneles solicitados) *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico diferencial MM/MGUS
<input type="checkbox"/> Detección de EMR en MM/GM
<input type="checkbox"/> Screening de linfocitos (LST)
<input type="checkbox"/> Detección de EMR en LNH y / o SLPc
<input type="checkbox"/> Caracterización inmunofenotípica de SLP B tipo LLC B típica y LNH manto típico
<input type="checkbox"/> Caracterización inmunofenotípica de SLP B no LLC B
<input type="checkbox"/> Caracterización inmunofenotípica de SLP T, NK
<input type="checkbox"/> Screening inmunofenotípico de Linfoma de Hodgking
<input type="checkbox"/> Orientación de línea en leucemias agudas (ALOT) y SMD/SMP
Ampliación para el diagnóstico de:
<input type="checkbox"/> LLA B <input type="checkbox"/> LLA T <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> SMD/SMP
Detección de EMR en
<input type="checkbox"/> LLA B <input type="checkbox"/> LLA T <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> SMD/SMP
<input type="checkbox"/> Clonalidad T por Citometría | <input type="checkbox"/> Screening, confirmación y caracterización de patologías hematológicas y no hematológicas en LCR
<input type="checkbox"/> Screening y caracterización de HPN
<input type="checkbox"/> Screening de mastocitosis
<input type="checkbox"/> Caracterización del fenotipo plaquetar (Glicoproteínas)
<input type="checkbox"/> Cuantificación de ADN
<input type="checkbox"/> Screening y clasificación de inmunodeficiencias linfoides primarias por Citometría (PIDOT)
<input type="checkbox"/> Análisis de poblaciones celulares B de acuerdo a la expresión de isotipos y subclases de Igs
<input type="checkbox"/> Estudio de Síndrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS)
<input type="checkbox"/> Citometría en patologías del sistema monocito-macrófago (histiocitosis, hemofagocitosis)
Otros:
<input type="checkbox"/> Esferocitosis <input type="checkbox"/> Fagocitosis
<input type="checkbox"/> Captación Eosín-5-maleimide (EMA) |
|--|--|

2. PANELES DE ENSAYO DE HIBRIDACIÓN IN SITU

- | | | | |
|--|--|--|--|
| LMA. Seleccionar:
<input type="checkbox"/> t (15;17)
<input type="checkbox"/> t (8;21)
<input type="checkbox"/> Inv (16) | SLP-B. Seleccionar:
<input type="checkbox"/> t (8;14)
<input type="checkbox"/> t (11;14)
<input type="checkbox"/> t (14;18)
<input type="checkbox"/> BCL6 | <input type="checkbox"/> Panel LLA-B
<input type="checkbox"/> Panel LLA-T
<input type="checkbox"/> Panel SMD
<input type="checkbox"/> Panel SHE | <input type="checkbox"/> Panel LLC
<input type="checkbox"/> Panel MM
<input type="checkbox"/> t (9;22)
Otros (especificar): |
|--|--|--|--|

3. PANELES DE ENSAYO DE BIOLOGÍA MOLECULAR

- D816V en muestra total. Si fuera negativa, TKII en mastocitos separados: Sí No
- Humara
- BM-Gen. Detección mutaciones puntuales mediante PCR y secuenciación SANGER
- KIT
- STAT3
- STAT5b
- Otros (indicar):

* MUY IMPORTANTE

(1) Las muestras se recibirán entre las 8:30 y 10:00 h. de lunes a viernes. En casos particulares, y con comunicación previa, podrán aceptarse fuera de este horario. (2) El Servicio asume que si el usuario no especifica los estudios a realizar está solicitando al Servicio que realice las determinaciones que considere oportunas para ofrecer aquellos estudios que apoyen con mayor seguridad el diagnóstico de sospecha, incluyendo estudios distintos a la citometría como la HIS y la Biología molecular, precedida o no de separación celular (3) Las instrucciones para la toma y envío de muestras, así como otras condiciones generales, están recogidas en el documento "Guía para la obtención y envío de muestras al Servicio General de Citometría". Para más información, consulte nuestra página Web.

CONFIDENCIALIDAD: El Servicio se compromete a tratar de forma confidencial toda la información obtenida del cliente.