**DATOS DEL SOLICITANTE**

**Dr.**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Hospital de procedencia**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Teléfono**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**E-mail (institucional)**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**DATOS DEL PACIENTE**

**Iniciales:** Haga clic **Edad:** Haga clic  **Sexo:**  Masculino  Femenino

**Número de registro (ID paciente)**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Fecha de diagnóstico**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Diagnóstico:**

LAL de precursores B

LLA-T

**DATOS RELATIVOS A LA MUESTRA**

**Fecha de obtención**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Fecha de envío**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**% blastos en médula ósea al diagnóstico**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**MOMENTO DE ESTUDIO**

**Diagnóstico**

Día +14

Fin de la inducción-1

Fin Inducción-2 con FLAG-Ida (si procede)

Fin Inducción-2 con Inotuzumab (si procede)

Tras B1 de Consolidación (solo si ER>0,1% tras inducción-2)

Tras los 3 bloques de consolidación precoz + reinducción

**Pacientes que han recibido TPH alogénico**

Primer mes tras TPH

Tercer mes tras TPH

Sexto mes tras TPH

Noveno mes tras TPH

Primer año tras TPH

1,5 años tras TPH

2 años tras TPH

3 años tras TPH

4años tras TPH

5 años tras TPH

**Pacientes tratados con quimioterapia e ITK**

Tras tres bloques de consolidación tardía

Tras 3ª reinducción del mantenimiento-1

Al finalizar el mantenimiento-1

A los 6 meses del inicio del mantenimiento-2

Al finalizar el mantenimiento-2 (**fin de tratamiento**)

3 meses desde fin tratamiento

6 meses desde fin tratamiento

9 meses desde fin tratamiento

1 año desde fin tratamiento

1,5 años desde fin tratamiento

2 años desde fin tratamiento

3 años desde fin tratamiento

4 años desde fin tratamiento

5 años desde fin tratamiento

**Recaída**

Si sospecha/confirmación de recaída, indique el momento en que se encuentra el paciente: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Evaluación primer tratamiento de rescate

Evaluación segundo tratamiento de rescate

Evaluación tercer tratamiento de rescate

|  |
| --- |
| **TIPO DE MUESTRAS A ENVIAR EN CADA MOMENTO**  **Diagnóstico y recaída\***  *\* Esta muestra se usará para estudio inmunofenotípico y genético*   * 4-5 ml de médula ósea en tubo de Heparina * 4-5 ml de médula ósea en tubo de EDTA * 5 ml de sangre periférica en tubo de Heparina * 2x10 ml de sangre periférica en tubo EDTA   **Seguimiento**   * 5 ml de médula ósea en tubo EDTA * 10 ml de sangre periférica en tubo EDTA   ***Nota importante:*** *Con la finalidad de enviar los datos de números absolutos de infiltración (aunque también se notificará el % de la misma) y que así la medición sea más precisa, es necesario que se remita junto a la muestra (tanto de diagnóstico como de seguimiento) la información del hemograma de la muestra de SP extraída.* |

|  |
| --- |
| **PROCEDIMIENTO DE ENVÍO**   * Mensajería: **Agencia GLS 299** (Tel. 91 018 69 42 ; e-mail: [agencia.299@gls-spain.es](mailto:agencia.299@gls-spain.es)) * Código de la Fundación PETHEMA: **33** |

|  |
| --- |
| **Dirección de envío**:  Dr Alberto Orfao/ Dra Juana Ciudad/ Dr Antonio López/ Dra Susana Barrena/ Dra Beatriz Soriano  Servicio de Citometría  Edificio Multiusos I+D+i  C/ Espejo s/n  37002 Salamanca  Tel: 923 29 49 33/ 923 29 45 00 (Ext.6531 o 5505)  E-mail: [informes\_citometría@usal.es](mailto:informes_citometría@usal.es); [orfao@usal.es](mailto:orfao@usal.es); [ciudad@usal.es](mailto:ciudad@usal.es); [subadelfa@usal.es](mailto:subadelfa@usal.es) o [bsoriano21@usal.es](mailto:bsoriano21@usal.es) |