**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, BCR::ABL1+

[ ]  LA mixta, BCR::ABL1+

[ ]  Crisis blástica LMC

**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.

**Hemograma (nº leucocitos)**: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

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

**Muestra remitida:** [ ]  MO [ ]  SP

**MOMENTO DE ESTUDIO**

[ ]  **Diagnóstico**

[ ]  Fin de la inducción-1

[ ]  Tras 6º ciclo de Consolidación

**Pacientes que han recibido TPH alogénico**

[ ]  Primer mes tras TPH

[ ]  Cuarto mes tras TPH

[ ]  Primer año tras TPH

[ ]  24 meses tras TPH

[ ]  36 meses tras TPH

[ ]  48 meses tras TPH

[ ]  60 meses tras TPH

**Pacientes tratados con quimioterapia e ITK**

[ ]  Al finalizar el primer año

[ ]  Al finalizar el segundo año

[ ]  Al finalizar el tercer año

[ ]  Al finalizar el cuarto año

[ ]  Al finalizar el quinto año

**Recaída**

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

[ ]  Tras primer tratamiento de rescate

[ ]  Tras segundo tratamiento de rescate (si lo hubiere)

[ ]  Tras tercer tratamiento de rescate (si lo hubiere)

|  |
| --- |
| **TIPO DE MUESTRAS A ENVIAR EN CADA MOMENTO****Diagnóstico \**** 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
* 2x10 ml de sangre periférica en tubo EDTA

**Recaída\**** 4-5 ml de médula ósea en tubo de EDTA
* 2x10 ml de sangre periférica en tubo EDTA

*\* Esta muestra se usará para estudio inmunofenotípico y genético****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)
* 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; orfao@usal.es; ciudad@usal.es; subadelfa@usal.es o bsoriano21@usal.es |