**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](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) |