

	<b>Ficha de Derivación: Estudio HPN - CITOMETRIA DE FLUJO</b>	
	Laboratorio de Salud Pública. Jefe Sección: Bioq. Claudia L. Rodríguez Mendoza 128. Teléfono: +54-9-381-4526114 - interno (500) - S.M. Tucumán CP:(4000) E-mail: citometria.lsp@gmail.com	
Vigencia	<b>Código: PRO.DB-LSP.CF.F02</b>	Revisión
30/04/15	Versión: 01	26/02/16

1. DATOS DEL PACIENTE			
<b>DNI:</b>		Apellido y Nombre:	
Fecha Nacimiento: / /	Tel:	Domicilio Actual:	
Sexo: F ( ) M ( )	Provincia:	Localidad:	Dpto.:
Edad:	Nº Historia Clínica:	Internado ( )	Ambulatorio ( )

2. DATOS CLINICOS							
Sospecha diagnóstica:				Observaciones:			
Momento del estudio: Diagnóstico ( ) EMR ( ) Recaída ( ) Progresión ( ) Otro (especificar)							
Fecha de inicio de los síntomas:				Fecha de consulta:			
<b>Generales</b>	Si	No	Observaciones	<b>Generales</b>	Si	No	Observaciones
Hepatomegalia				Enfermedad de base			
Esplenomegalia				Sequedad piel y mucosas			
Adenopatías				Ictericia			
Hemólisis				Diarrea – Constipación			
Trombosis (localización)				Dolor abdominal			
Afección Renal (hemoglobinuria)				Rush cutáneo			
Afección Pulmonar				Dolor articular			
Hemorragias				Hematomas			
Petequias				Disnea			
<b>Hemograma:</b> Hemoglobina:		Hematocrito:		Leucocitos:		Plaquetas:	
<b>Fórmula Leucocitaria:</b> Neutrófilos Segmentados:		Eosinófilos:		Basófilos:		Linfocitos: Monocitos:	
<b><u>Reticulocitos:</u></b>							
<b><u>LDH:</u></b>							
<b><u>Prueba de Coombs Directa:</u></b>							
<b><u>Eritroblastos en Sangre Periférica:</u></b>							
Tratamiento:							
Requerimiento Transfusional:							
Comentarios/observaciones:							

3. MUESTRA REMITIDA	
Fecha y hora de extracción muestra:	
Sangre Periférica: Si ( ) No ( )	
Medula Ósea: Si ( ) No ( )	

4. DATOS DEL SOLICITANTE		
Apellido y Nombre:		Establecimiento:
Tel.:	e-mail:	FAX:
Provincia:	Localidad:	Área Operativa:
Firma:		

5. DATOS DEL DERIVANTE		
Apellido y Nombre (Responsable):		Establecimiento:
Tel.:	e-mail:	FAX:
Provincia:	Localidad:	Área Operativa:
Firma:		