

**FICHA DE SOLICITUD DE ESTUDIO ONCOHEMATOLÓGICO 2022**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Apellido paterno .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Apellido materno .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombres .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Fecha nacimiento: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Edad:..... Sexo: M F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Cédula de Identidad:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Procedencia: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Teléfono paciente.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>FINALIDAD</b> (Favor marcar)<br>Diagnóstico      Seguimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>MUESTRA ENVIADA</b> (Favor marcar)<br>Sangre periférica      Médula ósea      LCR      Otro:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>DIAGNÓSTICO</b> (Favor marcar)<br>Definido      Presuntivo<br>LLA    LLC    LMA    LMC    MM    SMD    EMC    LH    LNH    Aplasia    Otro: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>HEMOGRAMA</b> GB:...../ul    N:...../ul    L:...../ul    PLT:...../ul    Hb:.....g/dl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>TRATAMIENTO</b> (Favor marcar)<br>Corticoides    En quimioterapia    Stop Quimioterapia    Transfusión PG    Transfusión CP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PANEL DE ESTUDIOS</b> (Favor marcar estudios solicitados)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>INMUNOFENOTIPO</b><br><input type="radio"/> Panel LLA<br><input type="radio"/> Panel LLA + Índice de DNA<br><input type="radio"/> Panel LLC<br><input type="radio"/> Panel LMA<br><input type="radio"/> Panel LMC (fase blástica)<br><input type="radio"/> Panel Sínd Mielodisplásico<br><input type="radio"/> Panel Mieloma Múltiple<br><input type="radio"/> Panel Índice de DNA<br><input type="radio"/> Panel Hemoglobinuria HPN<br><input type="radio"/> Panel Población linfocitaria<br><input type="radio"/> Panel LNH estadiación<br><input type="radio"/> Panel LNH diagnóstico<br><input type="radio"/> Panel Progenitores CD34+<br><input type="radio"/> Panel Enf Mínima Residual | <b>BIOLOGÍA MOLECULAR</b><br><input type="radio"/> t(1;19) E2A-PBX1<br><input type="radio"/> t(4;11) MLL-AF4<br><input type="radio"/> t(9;22) BCR-ABL<br><input type="radio"/> t(9;22) BCR-ABL(QRT-PCR)<br><input type="radio"/> t(12;21) TEL-AML1<br><input type="radio"/> t(8;21) AML1-ETO<br><input type="radio"/> t(15;17) PML-RAR $\alpha$<br><input type="radio"/> t(15;17) PML-RAR $\alpha$ (QRT-PCR)<br><input type="radio"/> inv(16) CBF $\beta$ -MYH11<br><input type="radio"/> del 1p32 Tal1 SIL-TAL1<br><input type="radio"/> t(11;14) BCL1-IG<br><input type="radio"/> t(14;18) BCL2-IG<br><input type="radio"/> Mutación Jak2 <sup>V617F</sup><br><input type="radio"/> del 4q12 FIP1L1-PDGFR $\alpha$<br><input type="radio"/> Mutación LMA (NPM1, CEBP $\alpha$ , FLT3) | <b>GENÉTICA MOLECULAR, FISH</b><br><input type="radio"/> Panel Sínd Mielodisplásico<br><input type="radio"/> Panel Mieloma Múltiple<br><input type="radio"/> Fusión BCR-ABL<br><input type="radio"/> Fusión PML-RAR $\alpha$<br><input type="radio"/> Amplificación HER2/neu<br><br><b>CITOMORFOLOGÍA</b><br><input type="radio"/> Médula ósea<br><input type="radio"/> Sangre periférica<br><br><b>COMBINADO FISH-BIOMOL</b><br><input type="radio"/> Panel BCR/ABL<br><input type="radio"/> Panel PML/RAR $\alpha$<br><br><b>COMBINADO (solo niños)</b><br><input type="radio"/> Panel LLA inmunofenotipo<br>t(9;22) t(1;19) t(12;21) t(4;11) |
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b><br>Nombre médico: .....<br>Institución: .....<br>Teléfonos: .....<br>Fecha de toma de muestra .....<br>Firma Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Para acceder al <b>Programa Diagnóstico de niños de hospitales públicos</b> , esta ficha debe tener sello Institucional. Los datos reportados en esta ficha son exclusiva responsabilidad del médico solicitante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>REQUISITOS PARA EL ESTUDIO</b><br>• Sangre periférica 2 ml en EDTA<br>• Aspirado médula ósea 2 ml en EDTA<br>• 2 frotis de sangre periférica<br>• 2 frotis de médula ósea<br>• LCR 3 ml en solución preservante<br>(Solicitar a Unidad Biología Celular)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><b>Dr. Ricardo Amaru</b><br/> <b>UNIDAD DE BIOLOGÍA CELULAR</b><br/> <b>Facultad de Medicina, UMSA, piso 7</b><br/> <b>Miraflores (frente Hospital General)</b><br/> <b>WhatsApp:77665544 Tel:2-2612352</b><br/> <b>La Paz, Bolivia</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Cuenta bancaria para depósito o transferencia<br><b>BANCO UNIÓN 1-4714130</b><br>Facultad de Medicina UMSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |