



**FORMATO ENFERMEDAD MÍNIMA RESIDUAL**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_\_

Hora de toma de muestra: \_\_\_\_\_

Especimen: \_\_\_\_\_

Anticoagulante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de inmunofenotipo anterior: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Es necesario anexar inmunofenotipo e histogramas del estudio.