



FORMATO INMUNOFENOTIPO PARA LEUCEMIAS

Nombre de paciente: _____

Edad: _____

Sexo: M F

Fecha de toma de muestra: _____

Hora de toma de muestra: _____

Especimen: _____

Anticoagulante: _____

Diagnóstico: _____

Médico: _____

Observaciones: _____
