Datos identificativos de la muestra

Institución solicitante	Fecha

Datos de contacto del solicitante (dirección de correo electrónico /teléfono)

Iniciales del paciente	NHC	Identificación muestra

Nota: Es imprescindible que los tubos estén correctamente identificados y que correspondan con los datos de la petición, en caso contrario, las muestras no se podrán analizar. Para realizar cualquier estudio, es necesario al menos un tubo de suero de 9 mL y un tubo de EDTA de 9 mL (o bien 2 tubos de EDTA de 6 mL).

Datos del paciente

Diagnóstico:

Medicación: ☐ Daratumumab (anti-CD38) ☐Magrolimab (anti-CD47) ☐ Otros (especificar)

Edad	Género	¿Ha sido previamente transfundido?
	☐Hombre ☐Mujer	☐ Sí. Fecha de la última transfusión: _____ ☐ No

En caso de pacientes mujeres, indique:

¿Está embarazada? ☐Sí ☐No

¿Ha tenido embarazos en el pasado, a término o no?

☐Sí. Número de gestaciones (__), partos (__) y abortos (__)
☐No

¿Se le ha administrado gammaglobulina anti-D? ☐Sí ☐No

Información inmunohematológica

Grupo ABO y Rh	Coombs directo	Antecedentes de anticuerpos irregulares
	☐Positivo ☐Negativo	☐Sí. Indique cuál/es si son conocidos: ☐No

Estudio solicitado *(siempre se analizarán el grupo ABO y Rh)*

Nota: Los resultados positivos en el fenotipo sólo son válidos si el paciente no ha recibido ninguna transfusión en los tres meses previos al estudio

☐ Coombs directo
☐ Estudio de Coombs directo
☐ Fenotipo Rh-Kell
☐ Fenotipo extendido
☐ Pruebas cruzadas
☐ Pruebas cruzadas plaquetares
☐ Escrutinio de anticuerpos irregulares
☐ Identificación de AI. *Adjunte las hojas de trabajo si ha realizado estudios previos sobre la muestra*
☐ Titulación de anticuerpos
☐ Tratamiento con DTT / DaraEx
☐ Otros *(especificar)*:

Necesidad de unidades compatibles

Esta información es para el laboratorio. El pedido debe realizarse a través del gestor de pedidos (https://www.fbstib.org/banc-de-sang/comandes-components/)

¿Precisa unidades compatibles?
☐ Sí. ¿Cuántas? _____ ¿Para cuándo? _____
☐ No

¿Se prevé que se necesiten unidades de forma periódica?
☐ Sí. ¿Cuántas? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ No

Nombre, número de colegiado y firma del facultativo responsable	