



Laboratorio Clínico UIS
Solicitud de actividad enzimática de Asparaginasa
(CUPS 908349)

DATOS DEL PACIENTE: Favor diligenciar todos los campos con letra legible

Nombre del paciente: _____

Tipo de documento CC TI RC Otro ¿Cuál? _____ No. Documento: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Edad: _____ Sexo: _____

EPS o red de salud: _____ Régimen: Contributivo Subsidiado Especial

Diagnóstico: _____ Debut Recaída

Servicio de atención en salud: Hospitalización UCI Ambulatorio

Tomar la muestra de sangre luego de finalizar la infusión o haber aplicado el medicamento según el tipo:
“E. coli nativa” y “Erwinasa” tomar a las 24 horas y 48 horas
“Pegilada” tomar a los 7 días y 14 días

Tipo de asparaginasa: *E. coli* nativa Erwinasa Pegilada

Marca comercial: _____ Lote: _____

Fase del tratamiento: Inducción Reinducción Consolidación Mantenimiento

Fecha diagnóstico (DD/MM/AAAA): _____ Fecha inicio tratamiento (DD/MM/AAAA): _____

Nombre del protocolo utilizado: _____ Número de dosis: _____

Dosis (m²): _____ Dosis real: _____ Intravenosa Intramuscular

Medición: *E. coli* nativa o Erwinasa: 24 horas 48 horas Pegilada: 7 días 14 días

Muestra tomada por: _____ Médico tratante: _____

Fecha de la toma de la muestra (DD/MM/AAAA): _____ Hora: _____ AM PM

Recuerde tomar como mínimo 3mL de sangre total en tubo tapa amarilla y entregar inmediatamente en el Laboratorio Clínico de su Institución, debido a que la muestra debe separarse y congelarse antes de dos horas para garantizar la calidad de la medición (Se sugiere aplicar medicamento de martes a viernes).

Autorización de tratamiento de datos con fines de investigación

Autorizo el tratamiento de datos de las entrevistas y de los resultados de las pruebas realizadas con fines de investigación: Si ___ No ___

Firma Paciente

Identificación:

Teléfono:

Firma representante legal (Si aplica)

Parentesco:

Identificación:

Teléfono: