



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
HOSPITALES UNIVERSITARIOS
"Virgen del Rocío"
Avda. Manuel Siurot, s/n - 41013 SEVILLA

Nº SEG. SOC.

Nº HISTORIA

APELLIDO 1.º

APELLIDO 2.º

NOMBRE

FECHA NACIM.

SEXO

CENTRO: HG

HM

HI

HRT

CDT

UNIDAD CLINICA

CONSULTA

HAB/CAMA

DIAGNÓSTICO:

Del Doctor: al Doctor:

Razón de la consulta: Solicitud de niveles de ADAMTS13 e inhibidor si procede

..... Telefono de contacto con médico responsable:

..... Fecha de extracción:

..... Plasmic score:

..... Porcentaje de esquistocitos

..... Diagnóstico provisional:

Firma

Selección momento del estudio:

* Diagnóstico

Informe: * 4 semanas tras diagnóstico

* 3 meses tras diagnóstico

* 9 meses tras diagnóstico

* Otro: Indique

HOJA DE CONSULTA