



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERIA 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