

Nome do paciente: _____ Sexo: _____

Médico solicitante: _____ Contato médico: _____

Data da coleta: _____ Número de frascos: _____

1 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Crônica | <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Aguda | <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Linfoblástica Aguda | <input type="checkbox"/> Leucemia Linfocítica Crônica | <input type="checkbox"/> Síndrome Mielodisplásica |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | |

2 - AMOSTRA COLETADA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirado de Medula Óssea | Líquor | Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangue Periférico | <input type="checkbox"/> com Transfix <input type="checkbox"/> sem Transfix | <input type="checkbox"/> com Transfix <input type="checkbox"/> sem Transfix |

3 - INDICAÇÕES PARA O EXAME

- Imunofenotipagem/biologia molecular para **diagnóstico e estratificação de risco**.
- Imunofenotipagem/biologia molecular para pesquisa de **Doença Residual Mínima (DRM)**.
 LLC Mieloma Múltiplo LMA LLA-B LLA-T Outros: _____
- Cariótipo de Medula Óssea/Sangue periférico com blastos - **Diagnóstico de doenças hematológicas**.

Obs.: para análise citogenética de doença hematológica é recomendado o envio de aspirado de medula óssea em heparina sódica. Entretanto, em alguns casos pode ser realizado o exame em sangue periférico (heparina sódica) caso confirmada a presença de mais de 20% de blastos circulantes.

4 - TEM CARIÓTIPO ANTERIOR REALIZADO EM OUTRO LABORATÓRIO? SEM SIM, QUAL O RESULTADO?

5 - TRATAMENTO**Quimioterapia/Imunoterapia?**

Sim Não Quando? _____ Qual protocolo? _____

Radioterapia?

Sim Não Quando? _____

6 - FEZ TRANSFUSÃO SANGUÍNEA OU TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA?

Sim Não Quando? _____

7 - SE TMO ALOGÊNICO, DOADOR

Masculino Feminino

8 - OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS
