

DADOS DO PACIENTE:				Nº	
NOME:					
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		SEXO () M () F		RG	
CPF					
NOME DA MÃE:					
ENDEREÇO:			Nº:		BAIRRO:
COMPLEMENTO:		CIDADE:		ESTADO:	
CEP:					
FONE FIXO: ()			CELULAR: ()		
PROCEDÊNCIA					
() HGF () HGCC () HUWC () HIAS OUTRO(especificar)_____					
PRONTUÁRIO:		ENFERMARIA:		LEITO:	
DADOS DO SOLICITANTE:					
NOME:				CRM:	
FONE FIXO: ()			CELULAR: ()		
DADOS DA AMOSTRA:					
TIPO DE AMOSTRA: () SANGUE PERIFÉRICO () MEDULA ÓSSEA () OUTRO(especificar)					
DATA DA COLETA: ____/____/____			HORA DA COLETA: ____ : ____		
DADOS CLÍNICOS:					
() DIAGNÓSTICO () RECAÍDA () DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA					
SUSPEITA CLÍNICA:					
LEUCEMIA: () Aguda () Mielóide () Linfóide					
() Doença linfoproliferativa crônica:					
() LLC () Linfoma do manto () Outra (especificar)_____					
() Mieloma múltiplo					
() Hemoglobinúria Paroxística Noturna					
() Outra (especificar):_____					
DADOS COMPLEMENTARES:					
Hemograma: (____/____/____)					
Hb:_____g/dl Leucócitos_____mm ³ Plaquetas:_____ Blastos_____%					
Neutrófilos:_____% Eosinófilos:_____% Basófilos:_____ Linfócitos:_____% Monócitos:_____					
() Hepatomegalia: _____cm () Esplenomegalia: _____cm () Linfadenopatia					
() Hipertrofia gengival: _____cm () Massa bulky(>10 cm): _____cm () Diastese Hemorrágica					
() Infiltração Extramedular/Extraganlionar(especificar):_____					
Tratamento: () Não () Quimioterapia () Radioterapia () TMO () _____					
Mielograma() SIM (____/____/____) () NÃO					
Blastos:_____% Conclusão:_____					
Imunofenotipagem anterior() SIM (____/____/____) () NÃO					
Conclusão:_____					
OBSERVAÇÕES:					
FORTALEZA, ____/____/____					
ASSINATURA E CARIMBO					