

SOLICITAÇÃO DE ESTUDO IMUNOFENOTÍPICO		
É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS		
DATA DA SOLICITAÇÃO: _____ / _____ / _____		
DADOS DO PACIENTE		
PACIENTE: _____		
NOME DA MÃE: _____		
DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____	CPF: _____	SEXO: ()F ()M
PRONTUÁRIO: _____	ENFERMARIA/LEITO: _____	TEL: _____
ENDEREÇO (COM CEP E BAIRRO): _____		MUNICÍPIO/UF: _____
DADOS CLÍNICOS		
SUSPEITA CLÍNICA		
LEUCEMIA: <input type="checkbox"/> AGUDA <input type="checkbox"/> CRÔNICA <input type="checkbox"/> MIELÓIDE <input type="checkbox"/> LINFÓIDE	DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA CRÔNICA: <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LINFOMA DO MANTO <input type="checkbox"/> OUTRO (especificar): _____	
	<input type="checkbox"/> MIELOMA MÚLTIPLO <input type="checkbox"/> HPN	
	<input type="checkbox"/> OUTRO (especificar): _____	
DADOS DA AMOSTRA		
TIPO DE AMOSTRA: <input type="checkbox"/> SANGUE PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> MEDULA ÓSSEA <input type="checkbox"/> OUTRO (especificar): _____	DATA DA COLETA: _____ / _____ / _____ HORA DA COLETA: _____ : _____ h	
	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO FINALIDADE DA AMOSTRA: <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/> DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA	
DADOS COMPLEMENTARES		
EXAME FÍSICO <input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA _____ CM <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA _____ CM <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA <input type="checkbox"/> HIPERTROFIA GENGIVAL <input type="checkbox"/> DIÁTESE HEMORRÁGICA <input type="checkbox"/> MASSA BULKY (>10CM) <input type="checkbox"/> INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar): _____	HEMOGRAMA: (DATA: _____ / _____ / _____) HB(g/dL): LEUC(mm ³): PLAQUETAS: DIFERENCIAL:	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (DATA: _____ / _____ / _____) CONCLUSÃO:
	MIELOGRAMA: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (DATA: _____ / _____ / _____) BLASTOS: CONCLUSÃO:	TRATAMENTO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OUTRO: <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> TMO
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE:	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO):	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	