

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:	DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA CRÔNICA:	() MIELOMA MÚLTIPLO
() AGUDA () CRÔNICA	() LLC () LINFOMA DO MANTO	() HPN
() MIELÓIDE () LINFÓIDE	() OUTRO (especificar): _____	() OUTRO (especificar): _____
DADOS DA AMOSTRA		
TIPO DE AMOSTRA:	DATA DA COLETA: ____/____/____	
() SANGUE PERIFÉRICO	HORA DA COLETA: ____:____h	
() MEDULA ÓSSEA	() DIAGNÓSTICO	
() OUTRO (especificar): _____	FINALIDADE DA AMOSTRA:	() RECAÍDA
		() DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA
DADOS COMPLEMENTARES		
EXAME FÍSICO	HEMOGRAMA:	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR
() HEPATOMEGALIA ____CM	(DATA: ____/____/____)	() N () S (DATA: ____/____/____)
() ESPLENOMEGALIA ____CM	HB(g/dL): _____	CONCLUSÃO: _____
() LINFADENOPATIA	LEUC(mm³): _____	
() HIPERTROFIA GENGIVAL	PLAQUETAS: _____	
() DIÁTESE HEMORRÁGICA	DIFERENCIAL: _____	
() MASSA BULKY (>10CM)		
() INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar): _____	MIELOGRAMA: () N () S	TRATAMENTO
	(DATA: ____/____/____)	() NÃO () OUTRO:
	BLASTOS: _____	() QT
	CONCLUSÃO: _____	() RADIOTERAPIA
		() TMO
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	