

É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____		
EXAME SOLICITADO		
() CARIÓTIPO	() HLA-1ªfase	() BCR-ABL P210 () BCR-ABL P190
() FISH (especificar):	() HLA-2ªfase	() QUANTITATIVO
() IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO	() PRA	() QUALITATIVO
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		
TRANSFUÇÃO: () NÃO () SIM. QUANDO: _____ TMO: () N () S. SEXO DO DOADOR: () F () M		
SUSPEITA CLÍNICA		
() LMA () LMC () LINFOMA DO MANTO () APLASIA DE MEDULA () OUTRO (especificar):		
() LLA () LLC () MIELOMA MÚLTIPLO () SMD		
DADOS DA AMOSTRA		
TIPO DE AMOSTRA:	DATA DA COLETA: ____/____/____ HORA DA COLETA: ____:____h	
() SANGUE PERIFÉRICO	FINALIDADE DA AMOSTRA:	
() MEDULA ÓSSEA	() DIAGNÓSTICO	() DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA
() OUTRO (especificar): _____	() RECAÍDA	() MONITORAMENTO
DADOS COMPLEMENTARES		
EXAME FÍSICO	HEMOGRAMA:	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR
() HEPATOMEGALIA ____CM	(DATA: ____/____/____)	() N () S (DATA: ____/____/____)
() ESPLENOMEGALIA ____CM	HB(g/dL):	CONCLUSÃO:
() LINFADENOPATIA	LEUC(mm ³):	
() HIPERTROFIA GENGIVAL	PLAQUETAS:	
() DIÁTESE HEMORRÁGICA	DIFERENCIAL:	
() MASSA BULKY (>10CM)	MIELOGRAMA: () N () S	TRATAMENTO
() INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar): _____	(DATA: ____/____/____)	() NÃO () OUTRO:
	BLASTOS:	() QT
	CONCLUSÃO:	() RADIOTERAPIA
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	