

É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____		
EXAME SOLICITADO		
IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO	BIOLOGIA MOLECULAR	CITOGENÉTICA
() DIAGNÓSTICO () DRM LLA B () RECAÍDA () DRM LLA T () DRM LMA	() BCR-ABL P210 () BCR-ABL P190 () QUANTITATIVO () QUALITATIVO	() CARIÓTIPO POR BANDEAMENTO G () MONITORAMENTO () FISH (especificar):
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: () MEDULA ÓSSEA () SANGUE PERIFÉRICO () OUTRO (especificar):		
DATA DA COLETA: ____/____/____ HORA DA COLETA: ____:____h		
DADOS COMPLEMENTARES		
EXAME FÍSICO () HEPATOMEGALIA ____CM () ESPLENOMEGALIA ____CM () LINFADENOPATIA () HIPERTROFIA GENGIVAL () DIÁTESE HEMORRÁGICA () MASSA BULKY (>10CM) () INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar):	HEMOGRAMA: (DATA: ____/____/____) HB(g/dL): LEUC(mm ³): DIFERENCIAL: PLAQUETAS:	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR () N () S (DATA: ____/____/____) CONCLUSÃO: SE DRM, DATA DO EXAME DO DIAGNÓSTICO: (DATA: ____/____/____)
	MIELOGRAMA: () N () S (DATA: ____/____/____) BLASTOS: CONCLUSÃO:	TRATAMENTO () NÃO () OUTRO: () QT () RADIOTERAPIA
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	