

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 ☐ DIAGNÓSTICO () 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		
TRANSUSÃO: ☐ 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:
	MIELOGRAMA: ☐ N ☐ S (DATA: ____/____/____) BLASTOS: CONCLUSÃO:	SE DRM, DATA DO EXAME DO DIAGNÓSTICO: (DATA: ____/____/____) 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: _____	