

É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS			
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____			
EXAME SOLICITADO			
MIELOGRAMA ☐ DIAGNÓSTICO ☐ MONITORAMENTO		IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO ☐ DIAGNÓSTICO ☐ DRM LLA B ☐ RECAÍDA ☐ DRM LLA T ☐ HPN ☐ DRM LMA	
CITOGENÉTICA ☐ CARIÓTIPO POR BANDEAMENTO G ☐ FISH (especificar): ☐ DIAGNÓSTICO ☐ MONITORAMENTO		BIOLOGIA MOLECULAR ☐ BCR-ABL P210 ☐ BCR-ABL P190 ☐ QUALITATIVO ☐ QUANTITATIVO	
DADOS DO PACIENTE			
PACIENTE: _____		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
NOME DA MÃE: _____		TEL: () _____	
PRONTUÁRIO: _____	ENFERMARIA/LEITO: _____	CPF: . . -	SEXO: M () F ()
ENDEREÇO (COM CEP E BAIRRO): _____		MUNICÍPIO/UF: _____	
DADOS CLÍNICOS			
SUSPEITA CLÍNICA			
☐ LMA ☐ LMC ☐ LINFOMA DO MANTO ☐ APLASIA DE MEDULA ☐ DISTÚRBO PLAQUETÁRIOS ☐ LLA ☐ LLC ☐ MIELOMA MÚLTIPLO ☐ SMD ☐ HPN ☐ OUTRO (especificar):			
DADOS DA AMOSTRA			
TIPO DE AMOSTRA: ☐ MEDULA ÓSSEA ☐ SANGUE PERIFÉRICO ☐ LÍQUOR ☐ OUTRO			
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		