



SOLICITACAO DE EXAMES ESPECIALIZADOS EM HEMATOLOGIA

É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS					
DATA DA SOLICITAÇÃO:/					
	EXAME SO	LICITADO			
MIELOGRAMA	IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO				
() DIAGNÓSTICO		() DIAGNÓSTICO () DRM LLA B			
() MONITORAMENTO		() RECAÍDA () DRM LLA T			
		() HPN () DRM LMA			
CITOGENÉTICA		BIOLOGIA MOLECULAR			
() CARIÓTIPO POR BANDEAMENTO G		() BCR-ABL P210			
() FISH (especificar):	() BCR-ABL P190				
() DIAGNÓSTICO	() QUALITATIVO				
() MONITORAMENTO	() QUANTITATIVO				
DADOS DO PACIENTE					
PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:/				
NOME DA MÃE:	TEL: ()				
PRONTUÁRIO: ENFERMARI		CPF: .		SEXO: M () F ()	
ENDEREÇO (COM CEP E BAIRRO):			MUNICÍPIO,	/UF:	
DADOS CLÍNICOS					
SUSPEITA CLÍNICA () LMA () LMC () LINFOMA DO MANTO () APLASIA DE MEDULA () DISTÚRBIO PLAQUETÁRIOS () LLA () LLC () MIELOMA MÚLTIPLO () SMD () HPN () OUTRO (especificar):					
TIPO DE AMOSTRA: () MEDULA ÓSSEA () SANGUE PERIFÉRICO () LÍQUOR () OUTRO					
DATA DA COLETA:/ HORA DA COLETA::h DADOS COMPLEMENTARES					
		RAMA: IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR			
() HEPATOMEGALIACM	(DATA://)		() N () S (DATA://)		
() ESPLENOMEGALIACM	HB(g/dL):		CONCLUSÃO:		
() LINFADENOPATIA	LEUC(mm³):				
() HIPERTROFIA GENGIVAL DIFERENCI					
() DIÁTESE HEMORRÁGICA PLAQUET,			SE DRM, DATA DO EXAME DO DIAGNÓSTICO:		
() MASSA BULKY (>10CM) LDH:			(DATA:/)		
() INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/	MIELOGRAMA		TRATAMENTO		
EXTRAGANGLIONAR (especificar):	SIM () NÃO () DATA:/ BLASTOS:		() NÃO () OUTRO:		
			() QT		
			() RADIOTERAPIA		
CONCL					
DADOS DO SOLICITANTE					
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE:		MUNICÍPIO/UF:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO):		TELEFONE DE CONTATO:			
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO:				