

É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS				
EXAME SOLICITADO	ESPECIFICAÇÕES			
1 - MIELOGRAMA ()	() DIAGNÓSTICO () ACOMPANHAMENTO			
2- IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO ()	() DRM B () DRM T () LMA () BIFENOTÍPICA			
3 - BIOLOGIA MOLECULAR ()	() BCR ABL P210 () BCR ABL P190 () QUANTITATIVO () QUALITATIVO			
4 - CITOGENÉTICA () CARIÓTIPO POR BANDEAMENTO G () FISH () FISH SHOX	() DOADOR MASCULINO () DOADOR FEMININO			
5 - BIOPSIA DE MEDULA OSSEA ()	CID: _____			
6 - IMUNOHISTOQUÍMICA DE MEDULA ÓSSEA ()	OBS.: O CID SEMPRE DEVERÁ SER INFORMADO.			
DADOS DO PACIENTE				
PACIENTE: _____	DN: _____ / _____ / _____			
NOME DA MÃE: _____		TEL: () _____		
CNS: _____	CPF: _____	RG: _____		
ENDERECO: _____	BAIRRO: _____	Nº: _____		
MUNICÍPIO: _____	UF: _____	PRONTUÁRIO: _____	ENFERMARIA/LEITO: _____	
DADOS CLÍNICOS				
SUSPEITA CLÍNICA				
() LMA () LMC () LINFOMA DO MANTO () LLA () LLC () MIELOMA MÚLTIPLO	() APLASIA DE MEDULA () DISTÚRbio PLAQUETÁRIOS () 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: ____/____/____)	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR () N () S (DATA: ____/____/____)		
	HB(g/dL): LEUC(mm ³): DIFERENCIAL: PLAQUETAS: LDH:	CONCLUSÃO:		
		SE DRM, DATA DO EXAME DO DIAGNÓSTICO: (DATA: ____/____/____)		
		TRATAMENTO:		
		SIM () NÃO () DATA: ____/____/____ BLASTOS: CONCLUSÃO:		
	DADOS DO SOLICITANTE			
	UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE:	MUNICÍPIO/UF:		
	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO):	TELEFONE DE CONTATO:		
		EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO:		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____				