

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 - CITOGÊNETICA () CARIÓTIPO POR BANDEAMENTO G () FISH () FISH SHOX		() DOADOR MASCULINO () DOADOR FEMININO	
5 - BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA ()		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:	
ENDEREÇO:	BAIRRO:		Nº
MUNICÍPIO:	UF:	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA/LEITO:
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	HEMOGRAMA: (DATA: ____/____/____)	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR () N () S (DATA: ____/____/____)	
() HEPATOMEGALIA ____CM () ESPLENOMEGALIA ____CM () LINFADENOPATIA () HIPERTROFIA GENGIVAL () DIÁTESE HEMORRÁGICA () MASSA BULKY (>10CM) () INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar):	HB(g/dL):	CONCLUSÃO:	
	LEUC(mm³):		
	DIFERENCIAL:		
	PLAQUETAS:	SE DRM, DATA DO EXAME DO DIAGNÓSTICO: (DATA: ____/____/____)	
	LDH:		
	MIELOGRAMA	TRATAMENTO	
	SIM () NÃO ()	() NÃO () OUTRO:	
	DATA: ____/____/____	() QT	
	BLASTOS:	() RADIOTERAPIA	
	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: ____/____/____			