

**TODOS OS DADOS SÃO ESSENCIAIS PARA REALIZAÇÃO CORRETA DO EXAME.
A AUSÊNCIA DE DADOS PODE COMPROMETER O DIAGNÓSTICO.**

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____ Sexo: Masc Fem

Idade: _____ anos Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ / (____) _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefones para Contato: (____) _____ / (____) _____

INFORMAÇÕES DE COLETA DA AMOSTRA

Data da Coleta: ____/____/____ Horário: ____:____

Sangue Periférico Medula Óssea Líquido. Qual? _____

HISTÓRICO CLÍNICO

INDICAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME: _____

Está em tratamento quimioterápico? () Não () Sim

Já realizou Quimioterapia? () Não () Sim

Uso de medicamento(s): () Não () Sim Qual(is)? _____

Esplenomegalia () Sim () Não Linfonodos () Sim () Não

Hemograma:

VG: _____ Hb _____ VCM: _____ Reticulócitos: _____

Leucócitos: _____ Neutrófilos: _____ Blastos: _____ Plaquetas: _____

Exame a ser realizado

- () Imunofenotipagem para caracterização de leucemias/neoplasias hematológicas
() Imunofenotipagem para doença residual mínima
() Imunofenotipagem para Pesquisa de Hemoglobínúria Paroxística Noturna (CD55, CD59, CD14, CD24, Cd66b)
() Imunofenotipagem de Subpopulações Linfocitárias
() Mielograma
() Ferro medular
() Imunofenotipagem de outros líquidos (Informar qual líquido)

OBSERVAÇÃO: Obrigatório o envio do pedido médico junto ao formulário e a amostra. As amostras de Imunofenotipagem de sangue/medula devem ser encaminhadas em anticoagulante EDTA, à temperatura ambiente, o exame tem estabilidade de até 48 horas. Para o exame MIELOGRAMA recomenda-se o envio das lâminas e amostra de medula em EDTA. Outros líquidos enviar in natura, informando qual líquido, o exame tem estabilidade de 24 horas.