

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Paciente: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Sexo: Feminino  Masculino  Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Médico requisitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Hospital/ laboratório: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

**Dados do exame solicitado:**

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da coleta: \_\_\_\_\_

Material: Sangue periférico  Medula óssea  Outros

Responsável pela coleta: \_\_\_\_\_

**Dados clínicos:**

Hipótese diagnóstica (HD): \_\_\_\_\_

Diagnóstico  Acompanhamento  Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Recebeu quimioterapia? Não  Sim  Qual: \_\_\_\_\_

Foi submetido a transplante de medula óssea (TMO)? Não  Sim  Sexo do doador: Feminino  Masculino

**Exames solicitados:**

- BCR - ABL Qualitativo P210
- BCR - ABL Quantitativo P210
- BCR - ABL Qualitativo P190
- BCR - ABL Quantitativo P190