

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____ Sexo: Masc Fem
Idade: _____ Anos _____ Meses Data de Nascimento: ____/____/____ Data da Requisição: ____/____/____
Instituição Requisitante: _____
Particular: Convênio: Qual: _____
Médico Responsável: _____
E-mail: _____ Telefones para Contato: (____) _____ / (____) _____

Assinatura e Carimbo

INDICAÇÃO CLÍNICA

Hemograma: VG _____ HB _____ VCM _____ Reticulócitos _____
Leucócitos _____ Neutrófilos _____ Blastos _____ Plaquetas _____
Esplenomegalia: NÃO SIM _____ cm **Linfonodos:** NÃO SIM Local _____
Uso de medicações: QT Corticóide Rxt Antibióticos Outros: _____

MATERIAL

Medula óssea Sangue periférico Líquor Outros _____
Data da Coleta: ____/____/____ Horário da Coleta: ____:____

REQUISIÇÃO: CITOMETRIA DE FLUXO - IMUNOFENOTIPAGEM

Solicitações:

<input type="checkbox"/> Leucemias	<input type="checkbox"/> CD
<input type="checkbox"/> Linfomas	<input type="checkbox"/> Subpopulações linfocitárias
<input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo	<input type="checkbox"/> Perfil imune
<input type="checkbox"/> Doença Residual Mínima	<input type="checkbox"/> CD4/CD8
<input type="checkbox"/> Hemoglobinúria Paroxística Noturna	<input type="checkbox"/> Marcador isolado
<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Qual? _____

REQUISIÇÃO: MORFOLOGIA

Solicitações:

() Mielograma () Citoquímica Ferro medular MPO ANAE Outra _____

REQUISIÇÃO: CITOGENÉTICA - CARIÓTIPO

Solicitações:

() Citogenética convencional
() Outra _____

IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETERÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME