

**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 \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ 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)
- ( ) Mielograma
- ( ) Ferro medular

**OBSERVAÇÃO: As amostras devem ser encaminhadas em anticoagulante EDTA, à temperatura ambiente e devidamente identificadas. O exame deve ser realizado em até 48 horas da coleta.**