

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1317 FORMULÁRIO OBRIGATÓRIO PARA EXAME ANATOMOPATOLÓGICO – MEDULA ÓSSEA / HEMATOPATOLOGIA

***Todos os dados são imprescindíveis**

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Feminino

Médico(a) solicitante

Nome: _____ CRM: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

**Diante situações específicas, de urgência ou emergência, o laboratório poderá fazer contato diretamente com o médico solicitante para informar prévia de resultados ou solicitar informações complementares que podem contribuir com a análise final do exame.*

Informações de coleta da amostra

Data de coleta: ____ / ____ / ____ Horário: ____ : ____ Coletador: _____

Tipo de amostra

Medula Óssea. Lateralidade _____

Dados clínicos relevantes (sinais/sintomas, hipótese clínica)

Exame físico (adenomegalias, hepatoesplenomegalia, outros aspectos relevantes)

Hemograma (Hb, leucócitos e diferenciais, plaquetas, elementos anômalos se houver)

Outros exames laboratoriais relevantes, se houver (LDH, beta2-microglobulina, EFPSE etc)

Outras informações pertinentes, se houver (antecedentes patológicos, exames de imagem etc)

Exames hematológicos específicos, se houver (mielograma, citometria de fluxo, exames moleculares)

