

COLE AQUI  
ETIQUETA DB

## RQ-0728 FORMULÁRIO PARA ANÁLISES ONCOHEMATOLÓGICAS

**\*Todos os dados são imprescindíveis**

### Dados do paciente

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Sexo Biológico / Atribuído ao nascimento:

- Feminino
- Masculino
- Indefinido (genitália ambigua)

O DB Diagnósticos respeita todas as formas de identidade de gênero. Alguns testes genéticos avaliam o DNA como um todo, e para garantir a qualidade, precisão e análise de consistência do seu resultado é importante que seja informado ao lado o sexo biológico identificado ao nascimento e não sua identidade de gênero.

### Médico(a) solicitante

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

\*Em 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 da amostra:

Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário da coleta: \_\_\_\_\_ Quantidade de tubos coletados: \_\_\_\_\_

Tipo de amostra:

- Sangue periférico. (Cariótipo hematológico é indicado apenas quando houver 20% de blastos. Obrigatório envio do hemograma)
- Medula Óssea, lateralidade: \_\_\_\_\_
- Líquidos. Qual? \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

### Dados clínicos

#### 1. Clinicamente apresenta alguma das condições abaixo?

- Esplenomegalia  Linfonomegalia  Hepatomegalia

#### 2. Paciente tem diagnóstico?

- SIM. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ \*Preencha no item 3 o Diagnóstico.
- NÃO. \*Preencha no item 3 a Suspeita Clínica / Hipótese Diagnóstica.

#### 3. Hipótese Diagnóstica (Esse dado é imprescindível):

- Leucemia Linfoblástica Aguda B  Leucemia Mielóide Crônica  Outras leucemias: \_\_\_\_\_
- Leucemia Linfoblástica Aguda T  Linfomas \_\_\_\_\_
- Leucemia Mielóide Aguda  Síndrome Mielodisplásica  HPN
- Leucemia Linfóide Crônica  Mieloma Múltiplo

#### 4. Está fazendo ou fez tratamento?

- Não fez/faz tratamento  Quimioterapia  Radioterapia

#### 5. Fez transplante de Medula óssea?

- Sim  Não

Se a resposta acima for **SIM**, responda abaixo:

a) Tipo de transplante:

- Autólogo  Alogênico

b) Qual sexo do doador de medula?

- Feminino  Masculino

c) Quando foi realizado o transplante: \_\_\_\_\_

6. Outras informações importantes: \_\_\_\_\_

### Observações

\*Se possuir resultado de Cariótipo e/ou Imunofenotipagem anterior, encaminhe o laudo anexado junto da RQ via portal.

\*Envio da documentação deve ser feito via portal e-DB prontamente ao cadastro ou envio das amostras. O envio tardio pode provocar perda de estabilidade.

Atenção: Cariótipo Hematológico em amostra de Sangue Periférico só pode ser realizado em amostras com 20% de Blastos e com a expressa solicitação do médico assistente em pedido médico.