

SOLICITAÇÃO DE EXAME ESPECIALIZADO EM HEMATOLOGIA		
É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____		
EXAME SOLICITADO		
() CARIÓTIPO	() HLA-1ªfase	() BCR-ABL P210 () BCR-ABL P190
() FISH (especificar):	() HLA-2ªfase	() QUANTITATIVO
() IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO	() PRA	() QUALITATIVO
DADOS DO PACIENTE		
PACIENTE: _____		
NOME DA MÃE: _____		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	CPF: _____	SEXO: () F () M
PRONTUÁRIO: _____	ENFERMARIA/LEITO: _____	TEL: _____
ENDEREÇO (COM CEP E BAIRRO): _____		MUNICÍPIO/UF: _____
DADOS CLÍNICOS		
TRANSFUSÃO: () NÃO () SIM. QUANDO: _____ TMO: () N () S. SEXO DO DOADOR: () F () M		
SUSPEITA CLÍNICA		
() LMA () LMC () LINFOMA DO MANTO () APLASIA DE MEDULA () OUTRO (especificar):		
() LLA () LLC () MIELOMA MÚLTIPLO () SMD		
DADOS DA AMOSTRA		
TIPO DE AMOSTRA:	DATA DA COLETA: ____/____/____ HORA DA COLETA: ____:____h	
() SANGUE PERIFÉRICO	FINALIDADE DA AMOSTRA:	
() MEDULA ÓSSEA	() DIAGNÓSTICO	() DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA
() OUTRO (especificar):	() RECAÍDA	() MONITORAMENTO
DADOS COMPLEMENTARES		
EXAME FÍSICO () HEPATOMEGALIA ____CM () ESPLENOMEGALIA ____CM () LINFADENOPATIA () HIPERTROFIA GENGIVAL () DIÁTESE HEMORRÁGICA () MASSA BULKY (>10CM) () INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar):	HEMOGRAMA: (DATA: ____/____/____) HB(g/dL): LEUC(mm ³): PLAQUETAS: DIFERENCIAL:	IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR () N () S (DATA: ____/____/____) CONCLUSÃO:
	MIELOGRAMA: () N () S (DATA: ____/____/____) BLASTOS: CONCLUSÃO:	TRATAMENTO () NÃO () OUTRO: () QT () RADIOTERAPIA
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	