

<b>SOLICITAÇÃO DE EXAME ESPECIALIZADO EM HEMATOLOGIA</b>		
<b>É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS SOB RISCO DE NÃO RECEBIMENTO DAS AMOSTRAS</b>		
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		
<b>TIPO DE AMOSTRA:</b>	DATA DA COLETA: ____/____/____ HORA DA COLETA: ____:____h	
( ) SANGUE PERIFÉRICO	<b>FINALIDADE DA AMOSTRA:</b>	
( ) MEDULA ÓSSEA	( ) DIAGNÓSTICO	( ) DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA
( ) OUTRO (especificar):	( ) RECAÍDA	( ) MONITORAMENTO
DADOS COMPLEMENTARES		
<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>HEMOGRAMA:</b>	<b>IMUNOFENOTIPAGEM ANTERIOR</b> ( ) N ( ) S (DATA: ____/____/____)
( ) HEPATOMEGALIA ____CM	(DATA: ____/____/____)	CONCLUSÃO:
( ) ESPLENOMEGALIA ____CM	HB(g/dL):	
( ) LINFADENOPATIA	LEUC(mm³):	
( ) HIPERTROFIA GENGIVAL	PLAQUETAS:	<b>TRATAMENTO</b>
( ) DIÁTESE HEMORRÁGICA	DIFERENCIAL:	
( ) MASSA BULKY (>10CM)	<b>MIELOGRAMA:</b> ( ) N ( ) S	( ) NÃO ( ) OUTRO:
( ) INFILTRAÇÃO EXTRAMEDULAR/ EXTRAGANGLIONAR (especificar):	(DATA: ____/____/____)	( ) QT
	BLASTOS:	( ) RADIOTERAPIA
	CONCLUSÃO:	
DADOS DO SOLICITANTE		
UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____	MUNICÍPIO/UF: _____	
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO): _____	TELEFONE DE CONTATO: _____	
	EMAIL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RESULTADO: _____	