

Nome paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Contato médico: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_\_ Número de frascos: \_\_\_\_\_

**1 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Crônica    | <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Aguda      |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Linfoblástica Aguda | <input type="checkbox"/> Leucemia Linfocítica Crônica |
| <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo             | <input type="checkbox"/> Síndrome Mielodisplásica     |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____                |   |

**2 - INDICAÇÕES PARA O EXAME**

- Imunofenotipagem/biologia molecular para **diagnóstico e estratificação de risco.**
- Imunofenotipagem/biologia molecular para pesquisa de **Doença Residual Mínima.**
- Cariótipo de Medula Óssea/Sangue periférico com blastos - **Diagnóstico de doenças hematológicas.**

Obs.: para análise citogenética de doença hematológica é recomendado o envio de aspirado de medula óssea em heparina sódica. Entretanto, em alguns casos pode ser realizado o exame em sangue periférico (heparina sódica) caso confirmada a presença de mais de 20% de blastos circulantes.

**3 - TEM CARIÓTIPO ANTERIOR REALIZADO EM OUTRO LABORATÓRIO? QUAL RESULTADO?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4 - TRATAMENTO****Quimioterapia/Imunoterapia?**

Sim  Não Quando? \_\_\_\_\_ Qual protocolo? \_\_\_\_\_

**Radioterapia?**

Sim  Não Quando? \_\_\_\_\_

**5 - FEZ TRANSFUSÃO SANGUÍNEA OU TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA?**

Sim  Não Quando? \_\_\_\_\_

**6 - SE TMO ALOGÊNICO, DOADOR**

Masculino  Feminino

**7 - OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_