



N° da FAP

## QUESTIONÁRIO PARA TRANSLOCAÇÕES BCR-ABL (9;22), PML-RARA (15;17) E PESQUISA DE MUTAÇÕES NO DOMÍNIO KINASE DO BCR-ABL.

Prezado cliente,

Você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado. Pedimos a gentileza de preenchê-lo e entregá-lo no momento da coleta.

1. Você apresenta ou tem a suspeita clínica de algumas das doenças descritas abaixo?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Crônica (L.M.C.) | <input type="checkbox"/> Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Linfóide Aguda (L.L.A.)   | <input type="checkbox"/> Linfoma                            |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Aguda (LMA)      | <input type="checkbox"/> Outra: _____                       |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Aguda (M3)       | <input type="checkbox"/> Desconheço                         |
| <input type="checkbox"/> Mielodisplasia                     |   |

2. Motivo do seu exame:

- Diagnóstico  Acompanhamento de tratamento  Final de Tratamento  Recaída

3. Você já realizou quimioterapia?

- SIM  NÃO

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

4. Você já realizou transplante de medula óssea:

- SIM  NÃO

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

5. Você já realizou exames anteriores para diagnóstico de leucemias?

- Mielograma  
 Biópsia de Medula  
 Citometria de Fluxo  
 Citogenética – Cariótipo  
 FISH  
 Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)  
 Não me recordo.

6. Você faz uso algum medicamento?

- Eu nunca tomei medicação para controle de leucemias.  
 Estou tomando medicamento:  
 Hydrea  Quimioterapia  Imatinibe (Glivec)  Dasatinibe  Nilotinibe  Atra  Mabthera  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 Eu não estou tomando medicamento para leucemias, mas já tomei anteriormente. Parei de utilizá-lo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Não me recordo.

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_