



QUESTIONÁRIO PARA ENVIO DE HPN

Nome: _____

Sexo: Feminino Masculino Idade: _____

Médico solicitante: _____

Telefone de contato: _____

Amostra: Medula óssea Sangue periférico

Histórico clínico resumido: _____

Transfusão: Não Sim - data: _____

Hemograma: _____

RBC: _____ HT: _____ HB: _____ PLAQ: _____

WBC: _____ GRAN: _____ LINF: _____ MON: _____

Outras células: _____

Uso de medicamento: Não Sim qual? _____

Local e Data _____; ____/____/20____

Assinatura _____