

ATENÇÃO!

As informações abaixo são imprescindíveis para a interpretação dos dados, para a realização do exame.

Nome do paciente: _____

Nome do médico: _____

1. Qual a razão para realizar o exame?

Doença Hematológica Qual: _____

Doença Oncológica Qual: _____

Outra Especifique: _____

2. Há quanto tempo tem diagnóstico?

3. Recebeu:

A) Quimioterapia?

SIM NÃO Qual: _____

B) Radioterapia?

SIM NÃO Qual: _____

4. Em caso de transplante de medula óssea:

A) PRÉ-transplante?

SIM NÃO

B) PÓS-transplante?

SIM NÃO

Data do Transplante: _____

Auto Transplante? SIM NÃO

Sexo do doador? Masculino Feminino

5. Outras informações que julgar necessárias:
