

Nome do(a) Paciente:

Data da Coleta:

Data de Nascimento:

Sexo:

Médico solicitante:

Fone do Médico para contato: cel:

fixo:

Instituição solicitante:

Fone para contato:

Tipo de Material enviado:

() Lâminas M.O () Lâminas S.P () Medula Óssea (M.O) () Sangue Periférico (S.P) () LCR () Outros: _____

Exame solicitado:

() Imunofenotipagem para Neoplasias Hematológicas

Outros: () HPN () ZAP-70 () Outros Qual:

Tipo de exame:

() Diagnóstico

() DRM (Doença Residual Mínima)

Hipótese Diagnóstica: _____

Diagnóstico prévio: _____

Data:

() LEUCEMIA AGUDA () LMA () LLA B

() LLA T () SMD () LNH

() LH () LLC () MM

() HPN () AA () Outros: _____

Fase do tratamento: _____

Protocolo quimioterápico: _____

* ANEXAR OBRIGATORIAMENTE O LAUDO OU IMUNOFENOTIPO

DO DIAGNÓSTICO.

História clínica resumida (Dados relevantes):

Dados Clínicos:

() Esplenomegalia () Hepatomegalia () Febre () Emagrecimento () Sangramentos () Adenomegalias: _____

() Hipertrofia gengival () Petéquias/Equimoses

Outros achados de interesse:

Mielograma: _____

Cariótipo: _____

Biópsias: _____

Dados do Hemograma:

Hb/Ht: Plaquetas: GB: Neutrófilos: Linfócitos: Monócitos: Eosinófilos: Basófilos:

Blastos:

Outras células:

Terapias prévias:

Se pesquisa de HPN:

Quimioterapia: () Sim () Não

Transfusões de hemácias: Sim ()

Uso de Rituximab: () Sim () Não

Data da última transfusão: _____

Uso de Medicamento (s): () Sim () Não Qual(is): _____