

QUESTIONÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES DE MIELOGRAMA

Nome do(a) Paciente: _____

Idade: _____ Médico Solicitante: _____

Telefone do Médico para contato: _____

Data da Coleta: _____ Data do Recebimento: _____

Material Enviado: Medula Óssea (M.O.) Sangue Periférico (S.P.) Lâminas M.O. Lâminas S.P.

Hipótese(s) diagnóstica(s): _____

Diagnóstico DRM (Doença residual mínima) Fase e protocolo de tratamento: _____

Dados Clínicos:

Linfadenopatia: Não Sim Cervical Axilar Torácica Abdominal

Hepatomegalia: Não Sim

Esplenomegalia: Não Sim

Emagrecimento: Não Sim

Hipertrofia gengival: Não Sim

Sangramentos: Não Sim

Petéquias/Equimoses: Não Sim

Febre: Não Sim

Está em tratamento quimioterápico? Não Sim

Já realizou Quimioterapia? Não Sim

Uso de medicamento(s): Não Sim Qual(is)? _____

Outros Informes: _____

Exames Relevantes: _____

Hemograma: _____ Data: _____

Leucometria global (GB): _____

Hemácias Hb: _____ Ht: _____ VCM: _____ CHCM: _____ Blas: _____

Leucócitos Bast: _____ Seg: _____ Linf: _____ Mon: _____ Eos: _____ Bas: _____ Meta: _____ Mielo: _____

Plaquetas: _____

Mielograma Prévio: Não Sim

Laudo:

PT: _____ RNI: _____ PTT: _____

Citoquímica anterior: _____

Citogenética anterior: _____

RX de Tórax: Não Sim

Laudo: _____

U.S. Abdominal: Não Sim

Laudo: _____