

COLE AQUI  
ETIQUETA DB

## RQ-0728 FORMULÁRIO PARA ANÁLISES ONCOHEMATOLÓGICAS

**\*Todos os dados são imprescindíveis**

### Dados do paciente

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

Número do pedido: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

### Dados do exame

Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário da coleta: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Quantidade de tubos coletados: \_\_\_\_\_

Tipo de amostra:  Sangue periférico  Medula Óssea  Tecido tumoral  Outros

Descrição do exame solicitado: \_\_\_\_\_

### Dados clínicos

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Motivo do exame:  Diagnóstico  Seguimento  Recaída

Data do diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente em tratamento:  Sim  Não

Qual medicação em uso: \_\_\_\_\_

Data da última quimioterapia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fez transplantes de medula óssea anterior:  Sim  Não

Sexo do doador:  Feminino  Masculino

Data do transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

História Clínica resumida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Dados Laboratoriais (preencher as informações abaixo com dados dos exames recentes, se aplicável):

Porcentagem de Blastos do Hemograma: \_\_\_\_\_

Relação BCR/ABL do Rearranjo Gênico BCR/ABL: \_\_\_\_\_

### Observação

(1) Todos os campos deste formulário são essenciais para a execução do exame. A ausência de informação pode comprometer ou atrasar o resultado.

(2) Enviar a cópia do pedido médico juntamente com o formulário preenchido.