**INSTITUIÇÃO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOME DO(A) PACIENTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO: ( )M ( )F RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÉDICO SOLICITANTE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFONE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXAME SOLICITADO**: Favor assinalar abaixo

|  |  |
| --- | --- |
| IMUNOFENOTIPAGEM/CITOMETRIA DE FLUXO | ( ) |
| CARIÓTIPO PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS/CITOGENÉTICA | ( ) |
| BIOLOGIA MOLECULAR QUANTITATIVO | ( ) BCR-ABL P190  ( ) BCR-ABL P210 |
| BIOLOGIA MOLECULAR QUALITATIVO | ( ) BCR-ABL P190  ( ) BCR-ABL P210  ( ) E2A-PBX1 t(1;19)  ( ) AML1-ETO t(8;21)  ( ) TEL-AML1 t(12;21)  ( ) PML-RARA t(15;17)  ( ) CBFB-MYH11 inv(16)  ( ) MLL-AF4 t(4;11)  ( ) MUTAÇÃO DO GENE NPM1  ( ) MUTAÇÃO DO GENE FLT3 (D835) E (ITD) |

**MATERIAL COLETADO**: ( ) MEDULA ÓSSEA ( ) SANGUE PERIFÉRICO DATA/HORA DA COLETA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPO DE PUNÇÃO:** ( ) ESTERNO ( ) CRISTA ILÍACA DIREITA ( ) CRISTA ILÍACA ESQUERDA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

( ) LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA ( ) LEUCEMIA LINFÓIDE CRÔNICA

( ) LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA ( ) LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA

( ) SÍNDROME MIELODISPLÁSICA ( ) LINFOMA

( ) MIELEOMA MÚLTIPLO ( ) APLASIA MEDULAR

**RESULTADO DO ÚLTIMO MIELOGRAMA:**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NO de leucócitos/mm3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ % de blastos: \_\_\_\_\_\_\_

**RESULTADO DO ÚLTIMO HEMOGRAMA:**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NO de leucócitos/mm3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ % de blastos: \_\_\_\_\_\_\_

**RESULTADO DA ÚLTIMA IMUNOFENOTIPAGEM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RESULTADO DO ÚLTIMO CARIÓTIPO/FISH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RESULTADO DA BIOLOGIA MOLECULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OBSERVAÇÕES RELEVANTES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OBJETIVO DO EXAME**: ( ) DIAGNÓSTICO ( ) AVALIAÇÃO DE DOENÇA RESIDUAL

**TRATAMENTO PRÉVIO:**

QUIMIOTERAPIA ANTERIOR? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUIMIOTERAPIA EM ANDAMENTO? ( ) NÃO ( ) SIM QUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RADIOTERAPIA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OUTRA MEDICAÇÃO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FOI SUBMETIDO A TRANSPLANTE? ( )NÃO ( )SIM ( ) AUTÓLOGO ( )ALOGÊNICO

SEXO DO DOADOR: ( )MASCULINO ( )FEMININO

**DADOS CLÍNICOS:**

( ) ANEMIA ( ) LEUCOPENIA ( )PLAQUETOPENIA

( ) ADENOMEGALIA ( )ESPLENOMEGALIA ( ) HEPATOMEGALIA

( ) OUTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura do Médico Solicitante