

**ESTUDO CITOGENÉTICO DE LEUCEMIA PRÓ-MIELOCÍTICA AGUDA,
COM TEMPO ESPECIAL DE ANÁLISE.**

Favor registrar a data e a hora da coleta da amostra.

Data: ___/___/___ Hora da coleta: _____

IDENTIFICAÇÃO:		Data ___/___/201___	
Nome - _____		CPF _____	
Sexo - _____	Idade - _____	Data nasc. - ___/___/___	
Médico - _____	Fone - _____		
Hospital - _____	Hemato - _____	Onco - _____	
Registro no Hospital - _____	Data do diagnóstico clínico - _____		
DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO:			
LMA M3: _____			
Contagem de leucócitos ao hemograma: _____		Plaquetas: _____	
Uso de quimioterápicos anterior ao estudo atual?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
Uso atual de corticóide?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
Uso de ATRA?	<input type="checkbox"/> atual	<input type="checkbox"/> anterior	_____
MATERIAL ENCAMINHADO:	MEDULA	SANGUE	LINFONODO
OBSERVAÇÕES:			
Endereço - _____		CEP _____ - _____	
Fone p/ contato - () - _____		E-mail - _____	
Nome de Responsável - _____			
Hospital / lab - _____			

Horário de recebimento: 2ª a 6ª feira das 9 às 12:30 e 13:30 às 18:00 h.