

ESTUDO CITOGENÉTICO DE PATOLOGIAS HEMATOLÓGICAS

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:				
LMC <input type="checkbox"/>	LMC+Inibidor <input type="checkbox"/>	LMC-Agudizada <input type="checkbox"/>	LMA <input type="checkbox"/>	LLA <input type="checkbox"/>
Mielodisplasia <input type="checkbox"/>	Mieloproliferação <input type="checkbox"/>	Mieloma <input type="checkbox"/>	LLC <input type="checkbox"/>	Linfoma <input type="checkbox"/>
Outro: _____				
Contagem de leucócitos ao hemograma: _____		Plaquetas: _____		
Uso de quimioterápicos anterior ao estudo atual?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
USO DE INIBIDOR DE TIROSINO-QUINASE?		TEMPO DE USO _____		
Uso atual de corticóide?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
MATERIAL ENCAMINHADO:	<u>MEDULA</u>	<u>SANGUE</u>	<u>LINFONODO</u>	
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.