

ESTUDO CITOGENÉTICO DE PATOLOGIAS HEMATOLÓGICAS

Data: ____/____/____
 Hora da coleta: _____

Favor registrar a data e hora da coleta da amostra.

IDENTIFICAÇÃO:

Data - ____/____/____

Nome - _____ CPF _____

Sexo - _____ Idade - _____ Data nasc. - ____/____/____

Nome da mãe - _____

Médico - _____ CRM - _____

Fone do médico - _____

Hospital - _____ Hemato - _____ Onco - _____

Registro no Hospital - _____ Data do diagnóstico clínico - _____

DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO:

 LMC ☐ LMC+ Glivec ☐ LMC Agudizada ☐

 LA ☐ LMA ☐ LLA ☐ Mielodisplasia ☐ Mieloproliferação ☐

 Mieloma múltiplo ☐ LLC ☐ Linfoma ☐ LMA-M3 ☐ FISH ☐

Outro: _____

Contagem de leucócitos: _____ Plaquetas: _____

Transplante MO? _____ Doador de sexo diferente? _____

 Uso de quimioterápicos anterior ao estudo atual? SIM ☐ NÃO ☐

 Uso atual de corticoide? SIM ☐ NÃO ☐

 Uso de inibidor de tirosinoquinase? SIM ☐ NÃO ☐

Tempo de uso? _____

MATERIAL ENCAMINHADO:

MEDULA

SANGUE

LINFONODO

OBSERVAÇÕES:

Fone p/ contato - () - _____

Endereço - _____

Bairro - _____ Cidade - _____ CEP - _____

Nome de Responsável - _____

E-mail - _____

SCAN: