

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: Feminino Masculino Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Médico requisitante: _____ CRM: _____

Hospital/ laboratório: _____

E-mail: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Carimbo e assinatura:

Dados do exame solicitado:

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

Material: Sangue periférico Medula óssea Outros

Responsável pela coleta: _____

Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD): _____

Diagnóstico Acompanhamento Tempo de diagnóstico: _____

Recebeu quimioterapia? Não Sim Qual: _____

Foi submetido a transplante de medula óssea (TMO)? Não Sim Sexo do doador: Feminino Masculino

Exames solicitados:

- BCR - ABL Qualitativo P210
- BCR - ABL Quantitativo P210
- BCR - ABL Qualitativo P190
- BCR - ABL Quantitativo P190