

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Paciente: _____

Nome da mãe: _____

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

CPF: _____ RG: _____

Médico requisitante: _____

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 Qualitativo P190

BCR-ABL Quantitativo P190

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 03