

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: F M 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: ____/____/____ Data do envio: ____/____/____

Tipo de material: Medula óssea Sangue periférico Outros: _____

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 doador: F M

Realizou exame citogenético anteriormente? Não Sim

Resultado citogenético anterior: _____

Qual análise de FISH a ser realizada? _____