

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Dados do paciente

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

## Informações do médico solicitante

Nome completo: \_\_\_\_\_

O paciente foi submetido a algum transplante ?  Sim  Não

Em caso afirmativo, especifique o órgão: \_\_\_\_\_

## Assinale o exame a ser realizado

Painel mielóide

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

## Informações da amostra :

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Material:  Sangue  Medula óssea

Porcentagem de blastos na amostra (em caso de leucemia mielóide aguda): \_\_\_\_\_

OBS: Em caso de leucemia mielóide aguda, a quantidade mínima de blastos para a realização do exame é de 10%.

Data do diagnóstico : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da coleta da amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Exames prévios

Caso o paciente tenha realizado previamente algum dos exames abaixo, favor encaminhar cópia do laudo original.

Hemograma

Cariótipo

Imunofenotipagem

Mielograma

Fish

Biópsia

Análise molecular