

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0570 IMUNOFENOTIPAGEM - MIELOGRAMA - FERRO MEDULAR - FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES

***Todos os dados são imprescindíveis**

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

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

Médico(a) solicitante

Nome: _____ CRM: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

*Diante situações específicas, de urgência ou emergência, o laboratório poderá fazer contato diretamente com o médico solicitante para informar prévia de resultados ou solicitar informações complementares que podem contribuir com a análise final do exame.

Informações de coleta da amostra

Data de coleta: ____ / ____ / ____ Horário: ____:____ Coletador: _____

Tipo de amostra

Sangue Periférico Medula Óssea. Lateralidade _____

Líquido. Qual? _____

Dados clínicos: Esplenomegalia Hepatomegalia Linfonodomegalia

1. Cliente já tem diagnóstico? *Preencha no item 2 o Diagnóstico e/ou Suspeita Clínica/Hipótese Diagnóstica.

SIM. Há quanto tempo? _____

NÃO.

2. Hipótese Diagnóstica:

Leucemia Linfoblástica Aguda B Leucemia Mielóide Crônica Meloma Múltiplo

Leucemia Linfoblástica Aguda T Linfomas Outras leucemias: _____

Leucemia Mielóide Aguda HPN _____

Leucemia Linfóide Crônica Síndrome Mielodisplásica

Outras informações importantes: _____

3. Está/fez tratamento?

Quimioterapia Não Sim

Radioterapia Não Sim

Medicação em uso: Granulokine Imunossupressor Outras: _____

3. Fez transplante de Medula óssea? Não Sim () AUT () ALO

Se sim, quando? ____ / ____ / ____

OBSERVAÇÃO:

- O Formulário deve ser preenchido preferencialmente pelo médico solicitante.
- **É obrigatório o envio do pedido médico junto ao formulário e a amostra.**
- As amostras para Imunofenotipagem devem ser encaminhadas imediatamente após a coleta.
- Para o exame de DRM deverá ser enviado uma cópia do laudo do diagnóstico.
- Líquidos biológicos devem ser encaminhados em tubo sem conservante, informando qual líquido. O exame tem estabilidade de 24 horas.