

COLE AQUI
ETIQUETA DB**RQ-0728 FORMULÁRIO PARA ANÁLISES ONCOHEMATOLÓGICAS*****Todos os dados são imprescindíveis****Dados do paciente**

Nome civil (se não houver etiqueta): _____

Nome social: _____

Sexo biológico:

- ☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Indefinido (genitália ambigua)

Identidade de gênero:

- ☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Outros: _____

Médico(a) solicitante

Nome: _____ CRM: _____ Telefone: () _____

*Em 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 da amostra:

Data de coleta: ____/____/____ Horário da coleta: _____ Quantidade de tubos coletados: _____

Tipo de amostra:

- ☐ Sangue periférico. (Cariótipo hematológico é indicado apenas quando houver 20% de blastos. Obrigatório envio do hemograma)
☐ Medula Óssea, lateralidade: _____
☐ Líquidos. Qual? _____ Outros: _____

Dados clínicos**1. Clinicamente apresenta alguma das condições abaixo?**

- ☐ Esplenomegalia ☐ Linfonodomegalia ☐ Hepatomegalia

2. Paciente tem diagnóstico?

☐ SIM. Há quanto tempo? _____ *Preencha no item 3 o Diagnóstico.

☐ NÃO. _____ *Preencha no item 3 a Suspeita Clínica / Hipótese Diagnóstica.

3. Hipótese Diagnóstica (Esse dado é imprescindível):

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Leucemia Linfoblástica Aguda B | ☐ Leucemia Mielóide Crônica | ☐ Outras leucemias: _____ |
| ☐ Leucemia Linfoblástica Aguda T | ☐ Linfomas | _____ |
| ☐ Leucemia Mielóide Aguda | ☐ Síndrome Mielodisplásica | ☐ HPN |
| ☐ Leucemia Linfóide Crônica | ☐ Mieloma Múltiplo | |

4. Está fazendo ou fez tratamento?

- ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia

5. Fez transplante de Medula óssea?

- ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta acima for **SIM**, responda abaixo:

a) Tipo de transplante:

- ☐ Autólogo ☐ Alogênico

b) Qual sexo do doador de medula?

- ☐ Feminino ☐ Masculino

c) Quando foi realizado o transplante: _____

6. Outras informações importantes: _____**Observação**

*Se possuir resultado de Cariótipo e/ou Imunofenotipagem anterior, encaminhe o laudo anexado junto da RQ via portal.

*Envio da documentação deve ser feito via portal e-DB prontamente ao cadastro ou envio das amostras. O envio tardio pode provocar perda de estabilidade. Atenção: Cariótipo Hematológico em amostra de Sangue Periférico só pode ser realizado em amostras com 20% de Blastos e com a expressa solicitação do médico assistente em pedido médico.