

## SETOR DE CITOMETRIA DE FLUXO

### Anticorpos Isolados

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO  
PACIENTE

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

Outras informações pertinentes ao caso:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Questionário

1. Hipótese diagnóstica? \_\_\_\_\_

2. Paciente em uso de medicação? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

3. Possui resultado anterior do Ac solicitado? ( ) Não ( ) Sim, anexar laudo ou resultado anterior, se possível

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida entre em contato com o Laboratório Genomika, no telefone: 3003-0608  
Formulário Ac Isolado versão 1.0/2019