

## SETOR DE CITOMETRIA DE FLUXO

### Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN)

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO  
PACIENTE

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

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

Resultado do hemograma:

Hemoglobina (Hb): \_\_\_\_\_ g/dl

Hematócrito (Ht): \_\_\_\_\_ %

Eritrócitos (RBC): \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

Plaquetas (PLT): \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

Leucócitos (WBC): \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

Outros exames: \_\_\_\_\_

### Questionário

1. Histórico clínico? \_\_\_\_\_
2. Paciente em uso de medicação? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_
3. Realizou transfusão sanguínea? ( ) Não ( ) Sim, Informar data da última transfusão \_\_\_\_\_
4. Possui resultado anterior de HPN (controle)? ( ) 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 HPN versão 1.0/2019