

**Solicitação de Imunofenotipagem por Citometria
de Fluxo - Painel Oncohematológico****PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER
ETIQUETA DO PACIENTE**

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

- Material:**
- Sangue Periférico
- Medula Óssea
- Linfonodo
- Punção aspirativa: _____
- Líquidos cavitários: _____
- Outros: _____

Hemograma:

Hb _____ g/dl

HT _____ %

VCM _____ fl

GB _____ / mm³PLA _____ /mm³**Dados de outros Exames:**

Hipótese Diagnóstica: _____

Controle Sim Não

História Clínica: _____

Tempo de diagnóstico da doença hematológica: _____

Tratamento prévio:Radioterapia: Sim NãoQuimioterapia: Sim Não Qual? _____G-CSF Sim Não Outros Medicamentos: _____Submetido à Transplante de células tronco? Sim Não Quando? _____Autólogo: Sim NãoAlogênico: Sim Não

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Responsável _____

Se necessário, entrar em contato com o Laboratório Genomika, nos telefones (81) 3003-0608