

Formulário para envio do Painel Mieloide

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO PACIENTE

PACIENTE: _____

PASSAGEM: _____ LEITO: _____

PRONTUÁRIO: _____

DATA NASCIMENTO: ___ / ___ / ___ SEXO: _____

INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____ TEL DE CONTATO: _____

INSTITUIÇÃO: _____

EMAIL: _____

O PACIENTE FOI SUBMETIDO A ALGUM TRANSPLANTE? SIM NÃO
EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE O ÓRGÃO: _____

ASSINALE O EXAME A SER REALIZADO: PAINEL MIELOIDE**MEDICAMENTOS EM USO:****INFORMAÇÕES DA AMOSTRA:**

DIAGNÓSTICO: _____

MATERIAL: SANGUE MEDULA ÓSSEA OUTROS. ESPECIFIQUE: _____

PORCENTAGEM DE BLASTOS NA AMOSTRA (EM CASOS DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA): _____

OBS.: EM CASOS DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, A QUANTIDADE MÍNIMA DE BLASTOS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME É DE 10%.

DATA DO DIAGNÓSTICO: _____ DATA DA COLETA DA AMOSTRA: _____

EXAMES PRÉVIOS

CASO O PACIENTE TENHA REALIZADO PREVIAMENTE ALGUM DOS EXAMES ABAIXO, FAVOR ENCAMINHAR CÓPIA DO LAUDO ORIGINAL.

 HEMOGRAMA IMUNOFENOTIPAGEM FISH CARIÓTIPO MIELOGRAMA BIÓPSIA ANÁLISE MOLECULAR