

## FORMULÁRIO DE EXAMES ONCOHEMATOLÓGICOS

### Informações do Paciente

N° da etiqueta de entrada: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

N° de Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Informações do Exame

Data de coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário da coleta: \_\_\_:\_\_\_

Quantidade de tubos coletados: \_\_\_\_\_ Anticoagulante: \_\_\_\_\_

Tipo de amostra: \_\_\_\_\_

Exame solicitado: \_\_\_\_\_

### Informações clínicas

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Motivo do exame:

- Diagnóstico
- Seguimento
- Recaída

Data do diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Paciente em tratamento:

- Sim
- Não

Qual medicação em uso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data da última quimioterapia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fez transplantes de medula óssea anterior:

- Sim
- Não

Sexo do doador:

- Feminino
- Masculino

Data do transplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Informações Laboratoriais

Porcentagem de Blastos do Hemograma: \_\_\_\_\_

Relação BCR/ABL do Rearranjo Gênico BCR/ABL: \_\_\_\_\_

**Observações**

Resumo da História Clínica:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura