



# QUESTIONÁRIO PARA IMUNOFENOTIPAGEM E MIELOGRAMA

Nome do(a) Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

Telefone do Médico para contato: \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_\_\_ Data do Recebimento: \_\_\_\_\_

Material Enviado:  Medula Óssea (M.O.)  Sangue Periférico (S.P.)  Lâminas M.O.  Lâminas S.P.

Hipótese(s) diagnóstica(s): \_\_\_\_\_

## Dados Clínicos:

Linfadenopatia:  Não  Sim  Cervical  Axilar  Torácica  Abdominal

Hepatomegalia:  Não  Sim

Esplenomegalia:  Não  Sim

Emagrecimento:  Não  Sim

Hipertrofia gengival:  Não  Sim

Sangramentos:  Não  Sim

Petéquias/Equimoses:  Não  Sim

Febre:  Não  Sim

Está em tratamento quimioterápico?  Não  Sim

Já realizou Quimioterapia?  Não  Sim

Uso de medicamento(s):  Não  Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

Outros Informes: \_\_\_\_\_

Exames Relevantes: \_\_\_\_\_

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

Hemácias Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ VCM: \_\_\_\_\_ CHCM: \_\_\_\_\_ Blas: \_\_\_\_\_

Leucócitos Bast: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Linf: \_\_\_\_\_ Mon: \_\_\_\_\_ Eos: \_\_\_\_\_ Bas: \_\_\_\_\_ Meta: \_\_\_\_\_ Mielo: \_\_\_\_\_

Plaquetas: \_\_\_\_\_

Mielograma Prévio:  Não  Sim

Laudo:

PT: \_\_\_\_\_ RNI: \_\_\_\_\_ PTT: \_\_\_\_\_

Citoquímica anterior: \_\_\_\_\_

Citogenética anterior: \_\_\_\_\_

RX de Tórax:  Não  Sim

Laudo: \_\_\_\_\_

U.S. Abdominal:  Não  Sim

Laudo: \_\_\_\_\_