

ETIQUETA

Paciente: _____

Idade: _____ Data da coleta: ____ / ____ / ____

Sexo: Feminino Masculino

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Material: Medula Óssea Local da Punção? *Especificar:* _____

Sangue Periférico

Líquor (usar transfix)

Líquido: () Pleural () Ascítico

Biópsia de medula óssea / Linfonodo

Nome do médico solicitante: _____

Telefone do médico: _____

Faz uso de medicação: Sim Não. Se sim, qual? _____

Quimioterapia Sim Não. Se sim, qual a data da última: _____

Radioterapia Sim Não. Se sim, qual a data da última: _____

Último Hemograma: Data: ____ / ____ / ____

Hb: _____ Ht: _____ Plaq: _____ Leuc: _____

Diferencial: Blasto: _____ Neu: _____ Linf: _____ Mono: _____ Atip: _____

Mielograma anterior Sim Não. Se sim, qual conclusão: _____

Imunofenotipagem anterior: Sim Não. Se sim, qual conclusão: _____

Dados clínicos: _____

Outros: Organomegalia Hepatomegalia Adenomegalia Esplenomegalia

OBJETIVO PRINCIPAL DO MIELOGRAMA/IMUNOFENOTIPAGEM

Diagnóstico de doença hematológica:

() Leucemia Aguda / LMA / LLA

() Mielodisplasia / Mieloproliferação / SMD

() Mieloma Múltiplo / MM

() HPN

() Linfoma / Linfoproliferação / DLPC-B

() Linfoma / Linfoproliferação / DLPC-T

Doença Residual Mínima (DRM): () LMA () LLA-B () LLA-T () MM () DLPC-B

Pesquisa de metástase / Leishmania e Histoplasma (exclusivo para Mielograma)

Outros: _____