



Cliente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HD da doença atual: \_\_\_\_\_

### ALTERAÇÕES NO HEMOGRAMA

( ) Nenhuma ( ) Anemia ( ) Leucopenia ( ) Plaquetopenia ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Dados do hemograma: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE

Doença Hematológica. Qual? \_\_\_\_\_

Se Pertinente: ( ) Linhagem B ( ) Linhagem T ( ) Mieloide

Doença Oncológica. Qual? \_\_\_\_\_

Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_ Início dos sintomas: \_\_\_\_\_

Medicação atual: \_\_\_\_\_

Medicação anterior. Quando? \_\_\_\_\_

Teve outra neoplasia prévia? Qual? Quando? Qual o tratamento? \_\_\_\_\_

Tem organomegalia? ( ) Adenomegalia ( ) Esplenomegalia ( ) Hepatomegalia

### TRATAMENTO

Quimioterapia? ( ) NÃO ( ) SIM Quando e qual? \_\_\_\_\_

Radioterapia? ( ) NÃO ( ) SIM Quando? \_\_\_\_\_

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

Programação para TCTH? ( ) NÃO ( ) SIM Data provável do transplante: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo do doador? ( ) Masculino ( ) Feminino

Já realizou transplante de MO? ( ) NÃO ( ) SIM Data do Transplante: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo do doador? ( ) Masculino ( ) Feminino

Segundo transplante de MO? ( ) NÃO ( ) SIM Data do Transplante: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo do doador? ( ) Masculino ( ) Feminino

Autotransplante? ( ) NÃO ( ) SIM

### COLETA DE MEDULA ÓSSEA

Número de punções: \_\_\_\_\_ ( ) Anestesia local ( ) Sedação

Biópsia de MO nesta coleta: ( ) Bilateral ( ) Unilateral

Horário em que o fragmento foi colocado no formol: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ h

Local: ( ) 2ª Esternébra ( ) Manúbrio ( ) CIP \_\_\_\_\_ ( ) CIA \_\_\_\_\_ ( ) Tíbia

Resistência óssea: ( ) Normal ( ) Alterada: \_\_\_\_\_

Aspiração: ( ) Fácil ( ) Difícil ( ) Muito difícil ( ) Sangramento espontâneo

Condições: ( ) Boas ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Médico que realizou: \_\_\_\_\_