



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

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

CPF: \_\_\_\_\_ Instituição solicitante: \_\_\_\_\_

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

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

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

### Autorização para exame em menor de idade

Declaro que eu, \_\_\_\_\_,

portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, nascido(a) no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

sou responsável legal pelo(a) menor de idade \_\_\_\_\_

e autorizo o laboratório a realizar exames e análises clínicas, conforme, necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

**MATERIAL:**  Medula óssea  Sangue periférico  Outros: \_\_\_\_\_

Nome do coletador: \_\_\_\_\_

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

Indicações clínicas: \_\_\_\_\_

Diagnóstico  Seguimento  Recaída

Tratamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Exames anteriores: \_\_\_\_\_

Transplantado?  Sim  Não Sexo do doador: \_\_\_\_\_

### DADOS LABORATORIAIS DO PACIENTE

Hb: \_\_\_\_\_ Leucócitos: \_\_\_\_\_ Neutrófilos: \_\_\_\_\_ Linfócitos: \_\_\_\_\_

### CITOGENÉTICA

Cariótipo Hematológico  Cariótipo com DEB teste

### CITOLOGIA

Mielograma  Ferro Medular

### IMUNOFENOTIPAGEM

Imunofenotipagem para Neoplasia  Imunofenotipagem para Doença Residual Linfoproliferativa Crônica Mínima.

SUBTIPO: \_\_\_\_\_

Imunofenotipagem para Neoplasia Mielodisplásica

Imunofenotipagem para Leucemia Aguda

Imunogenotipagem para Mieloma Múltiplo

Imunogenotipagem para Neoplasia Mieloproliferativa Crônica

Imunofenotipagem para Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN)

Imunofenotipagem para Trombopatias (TROMBO)

Perfil Linfocitário – Imunodeficiência (LINFO)

### BIOLOGIA MOLECULAR

AML/ETO t(8;21) – (M2) – Qualitativo

JAK2 (V617F) – Diagnóstico N.M.C

BCL1/IGH t(11;14)

BCL2/IGH t(01:18) (região MBR, 3'MBR, mcr) Qualitativo

CBFβ/MYH11 inv(16)(p13q22) – M4 – Qualitativo

BCR/ABL t(9;22) Qualitativo p190 e p210 – Diagnóstico

MLL – AF4 t(4;11)

Ckit (d816) Qualitativo

TEL/AML1 t(12;21) Qualitativo – ETV6 – RUNX1

BCR/ABL t(9;22) Quantitativo p210 – Seguimento

BCR/ABL t(9;22) Quantitativo p190 – Seguimento

Clonalidade T (TCRB)

Clonalidade T (TCRD)

Clonalidade T (TCRG)

Síndrome Mieloproliferativa Crônica (W515L, W515K – MPL)

Síndrome Mieloproliferativa Crônica (S50SN – MPL)

Outro: \_\_\_\_\_