



Ficha de Solicitação de Exames Moleculares de Oncohematologia

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do(a) Paciente: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F N° da Internação: _____
 RG: _____ CPF: _____

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

Médico Solicitante: _____ Telefone de Contato: _____

MATERIAL COLETADO

Medula Óssea Sangue Periférico
 Data da Coleta: _____ Horário de Coleta: _____ Data/Horário do Recebimento: _____

EXAMES RELEVANTES

Mielograma Data: _____ N° Leucócitos/mm³: _____ % Blastos: _____ Classificação (FAB/Outro): _____

Hemograma Data: _____ N° Leucócitos/mm³: _____

Resultado de Imunofenotipagem: _____

Resultado de Análise Citogenética: _____

OBJETIVO DO EXAME

Diagnóstico Acompanhamento de Doença Residual Mínima
 Diagnóstico Suspeito Leucemia: Linfóide Mielóide Aguda Crônica
 Observações: _____

DADOS CLÍNICOS

Quimioterapia anterior? Não Sim Qual? _____
 Quimioterapia em andamento? Não Sim Qual? _____
 Foi submetido a transplante de células tronco? Não Sim

EXAME MOLECULAR SOLICITADO (Favor assinalar abaixo):

SANGUE PERIFÉRICO		SANGUE PERIFÉRICO		MEDULA ÓSSEA		MEDULA ÓSSEA	
	1	BCR/ABL QUALITATIVO (p210)			1	BCR/ABL QUALITATIVO (p210)	
	2	BCR/ABL QUALITATIVO (p190)			2	BCR/ABL QUALITATIVO (p190)	
	3	E2A-PBX1 t(1;19)			3	E2A-PBX1 t(1;19)	
	4	AML1-ETO t(8;21)			4	AML1-ETO t(8;21)	
	5	TEL-AML1 t(12;21)			5	TEL-AML1 t(12;21)	
	6	PML-RARA t(15;17)			6	PML-RARA t(15;17)	
	7	CBFB-MYH11 inv(16)			7	CBFB-MYH11 inv(16)	
	8	MLL-AF4 t(4;11)			8	MLL-AF4 t(4;11)	
	9	MUTAÇÃO DO GENE NPM1			9	MUTAÇÃO DO GENE NPM1	
	10	MUTAÇÃO DO GENE FLT3 (D835)			10	MUTAÇÃO DO GENE FLT3 (D835)	
	11	MUTAÇÃO DO GENE FLT3 (ITD)			11	MUTAÇÃO DO GENE FLT3 (ITD)	

Carimbo/Assinatura do Médico Solicitante

Inspeção Inicial