

As informações do questionário abaixo são imprescindíveis para a interpretação dos dados e para a realização do exame. Pedimos a gentileza de **PREENCHER TODOS OS CAMPOS.**

Exame solicitado: _____

MATERIAL: _____

Nome do Paciente: _____

Nome do Médico: _____

Etiqueta

1. Qual a razão para realizar o exame?

Doença Hematológica. Qual? _____

Doença Oncológica. Qual? _____

Outra. Especifique: _____

2. Há quanto tempo tem diagnóstico? _____

3. Realizou:

a. Quimioterapia Sim Não

Quando? _____

b. Radioterapia Sim Não

Quando? _____

4. Em caso de transplante de medula óssea:

a. Pré-transplante Sim Não

b. Pós-transplante Sim Não

Data do transplante: _____ / _____ / _____

Auto transplante Sim Não

Sexo do doador? Feminino Masculino

5. Outras informações que julgar necessárias: _____