

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 Linfoproliferativa Crônica Imunofenotipagem para Doença Residual 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: _____