

ETIQUETA

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Material:  Medula Óssea Local da Punção? *Especificar:* \_\_\_\_\_

Sangue Periférico

Líquor (usar transfix)

Líquido: ( ) Pleural ( ) Ascítico

Biópsia de medula óssea / Linfonodo

Nome do médico solicitante: \_\_\_\_\_

Telefone do médico: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação:  Sim  Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Quimioterapia  Sim  Não. Se sim, qual a data da última: \_\_\_\_\_

Radioterapia  Sim  Não. Se sim, qual a data da última: \_\_\_\_\_

Último Hemograma: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Plaq: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_

Diferencial: Blasto: \_\_\_\_\_ Neu: \_\_\_\_\_ Linf: \_\_\_\_\_ Mono: \_\_\_\_\_ Atip: \_\_\_\_\_

Mielograma anterior  Sim  Não. Se sim, qual conclusão: \_\_\_\_\_

Imunofenotipagem anterior:  Sim  Não. Se sim, qual conclusão: \_\_\_\_\_

Dados clínicos: \_\_\_\_\_

Outros:  Organomegalia  Hepatomegalia  Adenomegalia  Esplenomegalia

**OBJETIVO PRINCIPAL DO MIELOGRAMA/IMUNOFENOTIPAGEM**

Diagnóstico de doença hematológica:

( ) Leucemia Aguda / LMA / LLA

( ) Mielodisplasia / Mieloproliferação / SMD

( ) Mieloma Múltiplo / MM

( ) HPN

( ) Linfoma / Linfoproliferação / DLPC-B

( ) Linfoma / Linfoproliferação / DLPC-T

Doença Residual Mínima (DRM): ( ) LMA ( ) LLA-B ( ) LLA-T ( ) MM ( ) DLPC-B

Pesquisa de metástase / Leishmania e Histoplasma (exclusivo para Mielograma)

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