

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos ____ meses Sexo: () Masculino () Feminino

Registro: _____

Instituição solicitante: _____

E-mail: _____ Fone: _____

Médico Solicitante: _____ Fone: _____

CRM: _____

MATERIAL:

() Medula Óssea () Sangue Periférico () Outros _____

Nome do Coletador _____

Data de coleta: ____/____/____ Horário da coleta: ____ : ____

Quantidade coletada: _____

INDICAÇÕES CLÍNICAS:

() Diagnóstico () Seguimento () Recaída

Tratamentos anteriores: _____ Exames anteriores: _____

DADOS LABORATORIAIS DO PACIENTE:

Hb: _____ Leucócitos: _____ Neutrófilos: _____ Linfócitos: _____

Monócitos: _____ Blastos: _____ Plaquetas: _____ Reticulócitos: _____

BIOLOGIA MOLECULAR:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden e Mutação de Protrombina (conjugados) | <input type="checkbox"/> Homocisteinemia (C677T, A1298C-MTHFR) |
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden – detecção da mutação G1691A (isolado) | <input type="checkbox"/> Plasminogênio Tissular (4G/5G - PAI1) polimorfismo |
| <input type="checkbox"/> Protrombina – detecção da mutação G20210A (isolado) | <input type="checkbox"/> NPM1 (éxon 12) + FLT3 (FLT3-ITD e FLT3-Asp835) - conjugado |
| <input type="checkbox"/> BCR/ABL t(9;22) qualitativo (p190 e p210) – Ao diagnóstico ^{4φ} | <input type="checkbox"/> Tel/AML1 t (12;21) – ETV6 – RUNX1 ^{4φ} |
| <input type="checkbox"/> BCR/ABL t(9;22) quantificação (p210) – Seguimento ^{4φ} | <input type="checkbox"/> CBFβ/MYH11 inv (16) (p13q22) ^{4φ} |
| <input type="checkbox"/> BCR/ABL t(9;22) quantificação (p190) – Seguimento ^{4φ} | <input type="checkbox"/> cKIT (D816V) |
| <input type="checkbox"/> BCR/ABL t(9;22) – mutações da região tirosina quinase (inclui T315I) ^{4φ} | <input type="checkbox"/> CEBPA |
| <input type="checkbox"/> JAK2 (v617F) - diagnóstico de N.M.C. | <input type="checkbox"/> Síndrome Mieloproliferativa Crônica (W515L, W515K-MPL) |
| <input type="checkbox"/> JAK2 (éxon 12) - variante | <input type="checkbox"/> Síndrome Mieloproliferativa Crônica (S505N-MPL) |
| <input type="checkbox"/> PML/RARA t(15;17) qualitativo – Diagnóstico ^{4φ} | <input type="checkbox"/> Calreticulina (ex.9 – CALR) |
| <input type="checkbox"/> PML/RARA t(15;17) quantificação – Seguimento ^{4φ} | <input type="checkbox"/> Clonalidade T (TCRB) |
| <input type="checkbox"/> AML1/ETO t(8;21) ^{4φ} | <input type="checkbox"/> Clonalidade T (TCRD) |
| <input type="checkbox"/> Hipermutação IgH (IgvH) | <input type="checkbox"/> Clonalidade T (TCRG) ^{4φ} |
| <input type="checkbox"/> E2A - PBX Translocação 1:19 ^{4φ} | <input type="checkbox"/> Genes da Hemocromatose (H63D, C282Y e S65C) |
| <input type="checkbox"/> MLL - AF4 Translocação 4:11 ^{4φ} | <input type="checkbox"/> BCL1/IgH t(11;14) |
| <input type="checkbox"/> N-MYC | <input type="checkbox"/> BCL2/IgH t(14;18) |
| | <input type="checkbox"/> Hipereosinofilia, Síndrome (FIP1L1/PDGFRA, del4q12) ^{4φ} |
| | <input type="checkbox"/> Pesquisa de Mutação do Gene BRAF |
| | <input type="checkbox"/> Pesquisa de Mutação do Gene DNMT3A |
|
<input type="checkbox"/> Outros; quais: (somente sob consulta prévia) | |

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE, QUE DEVERÁ CARIMBÁ-LO E ASSINÁ-LO, E VIR ACOMPANHADO DO PEDIDO MÉDICO.

INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA ESTÃO RESUMIDAS A SEGUIR.

INSTRUÇÕES PARA COLETA

Os exames realizados pela técnica de Biologia Molecular auxiliam o diagnóstico de doenças através da pesquisa de expressões gênicas quantitativas, qualitativas ou mutações de ponto de um determinado alelo (genes ou marcadores moleculares).

Recomendações na coleta e envio da amostra:

- Identificar adequadamente o tubo;
- Enviar sempre o material (Sangue Periférico ou Medula Óssea) em tubo de EDTA (tampa roxa);
- Certificar-se de que o material não está coagulado ou hemolisado;
- Acondicionar o material em embalagem própria fornecida pelo Laboratório em temperatura de 2° a 8°C, **SEM** contato com o gelo reciclável.

Quantidade a ser coletada:

- Sangue periférico: 3 a 5ml
- Medula Óssea: 2 a 3ml

OBS: Se a amostra for de sangue periférico: Para os exames assinalados **com 4φ** coletar **4 tubos** sangue periférico em EDTA; para todos os demais exames coletar **2 tubos** em EDTA.

INFORMAÇÕES GERAIS:

- Lembre-se sempre de identificar correta e individualmente cada amostra e anexar a cada uma delas o devido formulário.
- Em caso de coletas múltiplas de um mesmo paciente (mielograma + citogenética + imunofenotipagem), realizar coletas em locais distintos minimiza o risco de hemodiluição.