



INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS

Av. Doutor Arnaldo, 165 01246-900 - São Paulo – SP

lab_recepcao@emilioribas.sp.gov.br ou lab_hematologia@emilioribas.sp.gov.br

LABORATÓRIO DE CITOMETRIA DE FLUXO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA, CITOLOGIA E GENÉTICA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____ COR: _____

NOME DA MÃE: _____ NOME SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ CIDADE: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: _____

MEDICAMENTOS: _____

DATA DA COLETA: ____/____/____ HORÁRIO: ____/____/____ PROFISSIONAL: _____

MATERIAL

- 1- SANGUE
- 2- MEDULA ÓSSEA
- 3- LÍQUIDO PLEURAL
- 4- LÍQUIDO ASCÍTICO
- 5- LÍQUOR
- 6- PRODUTO DE AFÉRESE
- 7- PAAF : LOCAL _____
- 8- BIÓPSIA : LOCAL _____
- 9- OUTRO: _____

EXAMES

- 1- IMUNOFENOTIPAGEM DE NEOPLASIA HEMATOLÓGICA
- 2- IMUNOFENOTIPAGEM DE LINFÓCITOS T, B E NK
- 3- *QUANTIFICAÇÃO DE CD4 E CD8 EM INDIVÍDUO HIV+
- 4- QUANTIFICAÇÃO DE CD4 E CD8 EM INDIVÍDUO TRANSPLANTADO (BPA-I obrigatório)
- 5- QUANTIFICAÇÃO DE CD4 E CD8
- 6- QUANTIFICAÇÃO DE CD34 (Sob Consulta)
- 7- DNA PLOIDIA (Sob Consulta)
- 8- PESQUISA DE DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA

CID (obrigatório): _____

HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA: _____

OBS.: * No caso de HIV+ é obrigatório o envio de BPA-I com o CID específico do grupo B ou Z.

DATA: ____/____/____

OUTROS EXAMES:

ASSINATURA / CARIMBO / CNS