

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo: _____

Material colhido: () sangue periférico () medula óssea

Data da coleta: _____ / _____ / _____

Nome do médico: _____

1. Qual o motivo para a realização do exame?

- () Para o diagnóstico de leucemia mieloide crônica (LMC)
- () Para o diagnóstico de leucemia linfóide aguda (LLA) ou mieloide aguda (LMA)
- () Acompanhamento de tratamento de leucemia mieloide crônica (LMC)
- () Dúvida no diagnóstico de síndrome mieloproliferativa crônica, trombocitemia essencial, mielofibrose ou policitemia vera
- () Leucemia mieloide crônica (LMC) sem resposta ao tratamento;
- () Outra. Especifique: _____

2. Se a doença já foi confirmada, há quanto tempo ocorreu o diagnóstico?_____
_____**3. Tratamento: medicação e data da utilização.**_____
_____**4. Paciente é transplantado:**

- () Sim
- () Não

5. Descrever outras informações, caso julgue necessário._____
