

Formulário de encaminhamento para exames de imunofenotipagem em citometria de fluxo

**Correções realizadas após
discussão em reunião do GBCFLUX
de 06/11/2014, durante o HEMO
2014, realizado em Florianópolis.**

Elizabeth Xisto Souto

Informações que devem constar do formulário de encaminhamento:

- **Identificação do paciente (Nome completo, Sexo, Idade, etc)**
- **Médico/instituição**
- **História/achados clínicos**
- **Terapia prévia**
- **Hipótese diagnóstica**
- **Razão do estudo imunofenotípico**
- **Imunofenotipagens prévias**
- **Dados de outros laboratórios se aplicável**

Informações sobre a amostra

- **Número da amostra**
- **Tipo da amostra (MO, SP, Líquidos, Gânglio, etc)**
- **Anticoagulantes (EDTA, Heparina, etc)**
- **Data da coleta**
- **Data da chegada ao laboratório**



Modelos de Formulários de encaminhamento Pesquisa do GCFLUX

- **Hemonúcleo Regional de Jaú**
- **Laboratório DASA**
- **Laboratório Hospital Albert Einstein**
- **Santa Casa de São Paulo**
- **UNICAMP**
- **UNIFESP**
- **HEMONORTE**

Formulário de Encaminhamento de Imunofenotipagem por Citometria de Fluxo

Nome completo:	Data da Coleta:	Hora da coleta:
Data de Nascimento:	Sexo:	
Médico solicitante:	Fone para contato: cel:	fixo:
Instituição solicitante:	Fone para contato:	
Hipótese Diagnóstica: <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> LLA B <input type="checkbox"/> LLA T <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> LNH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> AA outros:	Tipo de material: MO <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Qual: Outros (biópsia aspirativa, linfonodo, massa tumoral) <input type="checkbox"/> Qual: Anticoagulante: EDTA <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Outro: ()	
Exame solicitado: Imunofenotipagem para Neoplasias Hematológicas <input type="checkbox"/> Outros: HPN <input type="checkbox"/> ZAP-70 <input type="checkbox"/> DRM <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Qual:	Se DRM : Diagnóstico prévio : Data: *Anexar Imunofenótipo do diagnóstico caso o mesmo não tenha sido feito no	
História clínica resumida (Dados relevantes):		
Visceromegalias <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/>	Outros achados clínicos de interesse:	
Hb/Ht: GB: Plaquetas: Neutrófilos: Linfócitos: Blastos: Outras células:	Outros achados de interesse (Mielograma, Cariótipo, Biópsias):	
Terapias prévias: Quimioterapia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Uso de Rituximab: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se pesquisa de HPN: Transfusões de glóbulos: Sim <input type="checkbox"/> Data da última transfusão:	