

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

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 () SP () LCR () Líquidos () Qual: Outros (biópsia aspirativa, linfonodo, massa tumoral) () Qual: Anticoagulante: EDTA () Heparina () Outro: ()	
Exame solicitado: Imunofenotipagem para Neoplasias Hematológicas () Outros: HPN () ZAP-70 () DRM () Outros () Qual:	Se DRM : Diagnóstico prévio : Data: *Anexar Imunofenótipo do diagnóstico caso o mesmo não tenha sido feito no	
História clínica resumida (Dados relevantes):		
Visceromegalias () Adenomegalias ()	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 () Não () Uso de Rituximab Sim () Não ()	Se pesquisa de HPN: Transfusões de glóbulos:: Sim () Data da última transfusão:	