



# **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

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