

Informações Gerais (obrigatório)

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Médico Solicitante

Informações da Amostra (Em casos de investigação de neoplasias hematológicas a amostra de sangue periférico deve apresentar pelo menos 30% de blastos. A requisição médica deverá conter o tipo de material biológico que deve ser analisada nestes casos.)

Data de Coleta (DD/MM/AAAA)	Tipo de amostra <input type="checkbox"/> sangue em temperatura ambiente, em tubos de coleta de heparina sódica. 0 > 5 anos: 2-3mL; adultos: 3-5mL	<input type="checkbox"/> medula óssea seringa heparinizada. 3-5mL
Data de envio a Genomika (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> bloco de parafina	<input type="checkbox"/> Outro: _____

Método Solicitado

<input type="checkbox"/> Bandeamento G		
<input type="checkbox"/> Hibridização <i>in situ</i> Fluorescente (FISH)		
Selecione exame:		
<input type="checkbox"/> Painel LLC (8 sondas)	<input type="checkbox"/> Rearranjos MLL (11q23)	<input type="checkbox"/> Trissomia 21
<input type="checkbox"/> Painel Mieloma Múltiplo (5 sondas)	<input type="checkbox"/> Translocação t(9;22) ou BCR/ABL	<input type="checkbox"/> Cromossomos Sexuais (XY)
<input type="checkbox"/> Painel SMD/LMA (8 sondas)	<input type="checkbox"/> Translocação t(15;17) ou PML/RARA	<input type="checkbox"/> Inversão do Cromossomo 16
<input type="checkbox"/> Deleção 17p (P53/TP53)	<input type="checkbox"/> Translocação t(8;21) ou AML/ETO	<input type="checkbox"/> Outro: _____ Consultar disponibilidade

Hipótese Diagnóstica (Sempre que possível descrever as suspeitas e/ou achados clínicos relevantes para a investigação)

Constitucional <input type="checkbox"/> Desenvolvimento tardio <input type="checkbox"/> Baixa estatura <input type="checkbox"/> Infertilidade <input type="checkbox"/> Abortos múltiplos <input type="checkbox"/> Outro: _____	Oncologia <input type="checkbox"/> Novo diagnóstico <input type="checkbox"/> DRM <input type="checkbox"/> Outro: _____
--	--

Alteração encontrada no diagnóstico de DRM (em caso do paciente está fazendo controle de Doença Residual Mínima)

--

Comentários

--

Em Tratamento (Em casos de neoplasia hematológica, informar se o paciente iniciou quimioterapia antes da coleta da amostra)

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Descrição do tratamento (Obrigatório se está em tratamento)
---------------------------	---------------------------	---

Assinatura:
