

## SETOR DE CITOGENÉTICA

### Cariótipo/FISH para Doenças Oncohematológicas

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO  
PACIENTE

PACIENTE: \_\_\_\_\_

PASSAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

Outras informações pertinentes ao caso:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Questionário

1. Dados clínicos: \_\_\_\_\_

2. Tipo de amostra: ( ) Medula óssea ( ) Sangue periférico

3. Tempo de diagnóstico da doença hematológica: \_\_\_\_\_

4. Tratamento prévio:

Radioterapia: ( ) sim ( ) não

Quimioterapia: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

5. Submetido à Transplante de células tronco? ( ) sim ( ) não Quando? \_\_\_\_\_

Autólogo: ( ) sim ( ) não

Alogênico relacionado: ( ) sim ( ) não Alogênico não relacionado: ( ) sim ( ) não

Alogênico não relacionado – cordão umbilical: ( ) sim ( ) não

Sexo do doador: ( ) masculino ( ) feminino

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida entre em contato com o Laboratório Genomika, no telefone: 3003-0608  
Formulário Cariótipo/FISH Oncohematologia versão 2.0/2019