

**SETOR DE BIOLOGIA MOLECULAR  
BCR/ABL**

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO  
PACIENTE

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

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

MÉDICO: \_\_\_\_\_

Outras informações pertinentes ao caso:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Questionário**

1. BCR/ABL: ( ) Qualitativo ( ) Quantitativo

2. Hipótese Diagnóstica? \_\_\_\_\_

3. Paciente em uso de medicação? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

4. Possui resultado anterior? ( ) Não ( ) Sim, anexar laudo ou resultado, se possível \_\_\_\_\_

**Observação:** BCR/ABL Quantitativo realizado apenas para o transcrito p210.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida entre em contato com o Laboratório Genomika, no telefone: 3003-0608  
Formulário BCR/ABL versão 1.0/2019