

**SETOR DE BIOLOGIA MOLECULAR
PML/RARA Qualitativo**

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO
PACIENTE

PACIENTE: _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

MÉDICO: _____

Outras informações pertinentes ao caso:

Questionário

1. Hipótese Diagnóstica? _____

2. Paciente em uso de medicação? () Não () Sim, qual? _____

3. Possui resultado anterior? () Não () Sim, anexar laudo ou resultado, se possível _____

Data: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

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