

**Informações Gerais**

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Atendimento Genomika

**Informações da Amostra**

Data de Coleta (DD/MM/AAAA)	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> sangue periférico <input type="checkbox"/> medula óssea <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Outro: _____
Data de envio a Genomika (DD/MM/AAAA)	

**Dados Clínicos**

Linfonodos aumentado: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Leucócitos: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Diminuído
Baço palpável: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Plaquetas: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Diminuído
Fígado palpável ou aumentado: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Anemia: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Recebeu transfusão? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Há quanto tempo? _____	Fadiga: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Outros: _____	

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

<input type="checkbox"/> Leucemia Aguda	<input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo	<input type="checkbox"/> Linfomas	<input type="checkbox"/> Mielodisplasia (SMD)	<input type="checkbox"/> Leucemia Crônica
<input type="checkbox"/> Outro: _____				

**Comentários**

**Em Tratamento**

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

**Anexar o último hemograma do paciente.**

**Outras informações:**

- Para o Estudo Imunofenotípico o prazo de entrega do laudo são 5 dias úteis
- Enviar amostras até às 14 horas (Segunda à Quarta); Na Sexta-feira enviar amostra até às 12hs.
- O médico solicitante deverá assinar e carimbar este formulário.

Assinatura:

---