

Paciente:		A preencher pela InSitus Genética Colar etiqueta
Nome da mãe:		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento:	
CPF:	RG:	
Médico requisitante:		CRM:
Hospital/Laboratório:		Email:
Endereço:		
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:		Celular:
Carimbo e assinatura:		

Material: SP MO Glânglio LCR Outros: _____

Meio: Heparina EDTA SFO,9% Transfix
 Outros: _____ Data da coleta: _____

Exames Solicitados:

CD 20/19 CD 34 CD 56 Contagem de células B, T, CD4/CD8/NK
 Painel proliferativo DRM HPN Outros: _____

Diagnóstico: _____ Data diagnóstico: _____

Dados clínicos: _____

Fez transfusão de sangue? Não SIM Data: _____

Tratamento prévio: _____

Data último tratamento: _____ Exame físico: _____

Linfonodos (cadeias O): _____

Fígado(cm): _____ Baço(cm): _____ Pele: _____

Outros dados relevantes: _____

Sangue periférico:

Hb g/dl: _____ Leucócitos/mm³: _____ Plaquetas/mm³: _____

Diferencial: _____

Aspirado de MO: _____

Biópsia de MO: _____