

Dados do Paciente

Paciente:		Nasc:	Idade:
E-mail do Paciente:		CPF:	
Endereço:		Nº:	Compl:
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Fone Residencial: () -	Fone Comercial: () -	Celular: () -	

Dados do(a) Médico(a) Solicitante

Nome Médico(a):		CRM:	
Nome Clínica:		CNPJ:	
Endereço:		Nº:	Compl.:
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Fone Consultório: () -		Fone Residencial: () -	
Celular: () -		Fone Fax: () -	
E-mail Médico(a) / Clínica:			

Solicitação e Envio

Amostra: [] Medula Óssea [] Sangue Periférico	Enviado via: [] - Correios [] - Sedex [] - Sedex 10 [] - Em mãos
Exame: [] Cariótipo [] FISH PML/RARA [] FISH BCR/ABL [] FISH 13q14.3 [] Outros: _____	

Informações Técnicas

Médico(a) Coletou:	Data da Coleta:	Hora:	
Amostra coletada: [] - Tubo [] - Seringa	Vol. 1º Ser/Tubo ml	Vol. 2º Ser/Tubo ml	Marca:
Motivo da Coleta: [] - Diagnóstico [] - Acompanhamento de tratamento [] - Final de tratamento [] - Recaída			
Data do diagnóstico:	Transplantado [] Não [] Sim, dia:	Número de blastos na amostra:	
Hipótese diagnóstica:			
Medicamentos em uso:			

Informações Complementares

Enviar Resultado para: [] Paciente [] Médico [] Em Mãos [] Também por e-mail	Nota Fiscal: [] Paciente [] Clínica
--	---------------------------------------

OS PRECEITOS ABAIXO DEVEM SER RIGOROSAMENTE CUMPRIDOS (OBRIGATÓRIO)

- Coletar **no mínimo 2ml** de medula óssea em seringa **com 0,1ml de heparina sódica**. Não pode ser usado outro anti-coagulante.
- Envio da amostra deve ser realizado imediatamente após a coleta. A amostra deve chegar ao laboratório **no máximo em 24 horas**.
- Não enviar as sextas-feiras à tarde, em finais de semana e feriados.
- Enviar a amostra identificada, acondicionada em caixa de isopor com gelo reciclável. A amostra não pode entrar em contato com o gelo.
- Anexar este formulário preenchido, o pedido médico e/ou a guia autorizada do convênio.
- Os campos da **Solicitação/Envio** e **Informações Técnicas** devem ser completamente preenchidos.