|  |
| --- |
| **Formulário de Encaminhamento de Imunofenotipagem por Citometria de Fluxo** |
| **Nome completo:** |
| **Data de Nascimento:** | **Data da Coleta:** | **Telefone: ( )** |
|  |
| **Tipo de Material:** [ ] Sangue Periférico [ ] Medula Óssea [ ] LCR [ ] Outro: |
| **Informações importantes:** - Leucometria: -Hb: -Plaquetas:  |
|  - Uso de Corticóide? [ ] Não [ ] Sim Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  |
| **Hipótese Diagnóstica:**[ ] LA [ ] LMA [ ] LLA-B [ ] LH [ ] LLA-T [ ] SMD [ ] LNH [ ] MM [ ] LLC [ ] HPN [ ] DRM [ ] Outro:**LA:** Leucemia Aguda **LMA:** Leucemia Mieloide Aguda **LLA-B:** Leucemia Linfoide Aguda B  **LH:** Linfoma de Hodgkin **LLA-T:** Leucemia Linfoide Aguda T **SMD:** Síndrome Mielodisplásica **LNH**: Linfoma não Hodgkin **MM:** Mieloma Múltiplo**LLC:** Leucemia Linfoide Crônica **HPN:** Hemoglobinúria Paroxística Noturna **DRM:** Doença Residual Mínima |
| **História clinica resumida (preenchimento obrigatório):** |
| **Achados Clínicos:**  | [ ] Esplenomegalia  | [ ] Hepatomegalia | [ ] Linfonodomegalia |
| **Achados Laboratoriais:**  | [ ] Leucocitose  | [ ] Plaquetopenia | [ ] Linfocitose |
|  | [ ] Anemia  | [ ] Pancitopenia |  |
| **Se acompanhamento de tratamento - DRM**Uso de Imunoterapia? [ ] Sim [ ]Não Qual?:Diagnóstico prévio:\*Anexar imunofenótipo do diagnóstico, caso o mesmo tenha sido realizado em outro laboratório. |
| **Se pesquisa HPN**Transfusão de glóbulos: [ ] NÃO [ ] SIM  |
| **Terapias prévias**Quimioterapia: [ ] NÃO [ ] SIM Qual? |
| **Médico Solicitante:**Email:Telefone: |

**OBS: Este formulário não substitui o envio da APAC preenchida e nem da cópia da identidade e do comprovante de endereço.**