|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.**