



FORMULÁRIO PARA EXAMES ONCOHEMATOLÓGICOS

(Indexados: Manual do Sistema de Gestão da Qualidade e
POA-SGQ-018 - Requisição de Exames)

Código:	FORM-DA-002
Data da elaboração:	20/10/2017
Data da última revisão:	22/02/22
Nº Revisão:	006
Página:	1/1

SOLICITAÇÃO DE EXAME

SOLICITAR TRANSPORTE DO MATERIAL IMEDIATAMENTE APÓS A COLETA
GENETICENTER - Telefones (31) 3286-7970 / (31) 99737-4318

DADOS DA AMOSTRA

NOME DO (A) PACIENTE:

DATA NASCIMENTO:

SEXO: F M

CPF (PACIENTE OU RESPONSÁVEL):

DATA E HORA DA COLETA:

INSTITUIÇÃO/CLÍNICA DA COLETA:

MATERIAL: SANGUE PERIFÉRICO MEDULA ÓSSEA SORO LAVADO OUTROS _____

NOME E REGISTRO DO COLETOR:

INFORMAÇÃO CLÍNICA ESSENCIAL PARA LIBERAÇÃO DO RESULTADO (EXCETO PARA GALACTOMANANA):

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

INFORMAR SE É: DIAGNÓSTICO ACOMPANHAMENTO O PACIENTE É TRANSPLANTADO? SIM NÃO

INFORMAÇÃO APENAS PARA EXAME DE IMUNOFENOTIPAGEM:

HEMOGRAMA DATA: _____ LEUCOMETRIA GLOBAL (GB): _____ PLAQUETAS: _____

HEMÁCIAS Hb: _____ Ht: _____ VCM: _____ CHCM: _____ Blas: _____

LEUCÓCITOS Bast: _____ Seg: _____ Linf: _____ Mon: _____ Eos: _____ Bas: _____ Meta: _____ Mielo: _____

ASSINALAR EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/>	BCR-ABL PCR QUALITATIVO (P210 e P190)
<input type="checkbox"/>	BCR-ABL PCR QUANTITATIVO LMC (P210)
<input type="checkbox"/>	BCR ABL PCR QUANTITATIVO (P190)
<input type="checkbox"/>	Clonalidade B e T para DRM LLA
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutação do Gene ABL
<input type="checkbox"/>	E2A::PBX t(1;19) PCR QUALITATIVO
<input type="checkbox"/>	MLL::AF4 t(4;11) PCR QUALITATIVO
<input type="checkbox"/>	ETV6::RUNX1 (TEL::AML1) t(12;21)PCR QUALI
<input type="checkbox"/>	RUNX1::RUNX1T1 (AML1:: ETO) t(8;21) PCR QUALI
<input type="checkbox"/>	PML::RARA t(15;17) PCR QUALITATIVO
<input type="checkbox"/>	CBFB::YH11 inversão 16 PCR QUALITATIVO
<input type="checkbox"/>	FLT3 Mutação-ITD e TKD
<input type="checkbox"/>	NPM1 Mutação - éxon 12
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutação do Gene JAK2 - V617F
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutações no éxon 12 do Gene JAK2

<input type="checkbox"/>	Hipermutação IgH
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutação do Gene da Calreticulina
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutação do Gene MPL-W515
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutação do Gene CEBPA
<input type="checkbox"/>	Pesquisa de Mutação do Gene C-KIT
<input type="checkbox"/>	Imunofenotipagem leucemias agudas ou SMD
<input type="checkbox"/>	Imunofenotipagem linfoma não Hodgkin ou LLC
<input type="checkbox"/>	Imunofenotipagem para DRM
<input type="checkbox"/>	Imunofenotipagem para HPN
<input type="checkbox"/>	Mielograma
<input type="checkbox"/>	Cariótipo de medula óssea
<input type="checkbox"/>	Cariótipo de sangue infiltrado Banda G
<input type="checkbox"/>	Galactomanana - Antígeno
<input type="checkbox"/>	Citomegalovírus PCR QUANTITATIVO
<input type="checkbox"/>	Outro:

MÉDICO (A) SOLICITANTE:

CRM:

INSTITUIÇÃO/CLÍNICA:

TELEFONE:

ASSINATURA E CARIMBO:

Elaborado por:	Aprovado por:	Responsável pela última revisão:
Karen Lana	Juliana Assumpção	Marianna Lima