

N° da FAP

QUESTIONÁRIO PARA TRANSLOCAÇÕES BCR-ABL (9;22), PML-RARA (15;17) E PESQUISA DE MUTAÇÕES NO DOMÍNIO KINASE DO BCR-ABL.

Prezado cliente,

Você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado. Pedimos a gentileza de preenchê-lo e entregá-lo no momento da coleta.

1. Você apresenta ou tem a suspeita clínica de algumas das doenças descritas abaixo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Crônica (L.M.C.) | <input type="checkbox"/> Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Linfóide Aguda (L.L.A.) | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Aguda (LMA) | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucemia Mielóide Aguda (M3) | <input type="checkbox"/> Desconheço |
| <input type="checkbox"/> Mielodisplasia | |

2. Motivo do seu exame:

- Diagnóstico Acompanhamento de tratamento Final de Tratamento Recaída

3. Você já realizou quimioterapia?

- SIM NÃO

Se sim, quando? _____

4. Você já realizou transplante de medula óssea:

- SIM NÃO

Se sim, quando? _____

5. Você já realizou exames anteriores para diagnóstico de leucemias?

- Mielograma
 Biópsia de Medula
 Citometria de Fluxo
 Citogenética – Cariótipo
 FISH
 Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)
 Não me recordo.

6. Você faz uso algum medicamento?

- Eu nunca tomei medicação para controle de leucemias.
 Estou tomando medicamento:
 Hydrea Quimioterapia Imatinibe (Glivec) Dasatinibe Nilotinibe Atra Mabthera
 Outro: _____
 Eu não estou tomando medicamento para leucemias, mas já tomei anteriormente. Parei de utilizá-lo em ____/____/____
 Não me recordo.

Nome do paciente: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____