

**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: | 08/07/2024 |
| Nº Revisão: | 008 |
| 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 DE REGISTRO DO (A) PACIENTE:

NOME SOCIAL:

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:

TEMP. SAÍDA PARA TRANSPORTE: °C

TEMP. CHEGADA GENETICENTER: °C

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

EM CASO DE SUSPEITA DE LEUCEMIA AGUDA, SE MATERIAL ENVIADO FOR SANGUE, % DE BLASTOS:

APENAS PARA EXAME DE IMUNOFENOTIPAGEM: INCLUIR HEMOGRAMA RECENTE**ASSINALAR EXAMES SOLICITADOS**

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ABL1, Pesquisa de Mutação resistência |
| <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 qualitativo (P190) |
| <input type="checkbox"/> | Clonalidade B e T para DRM LLA |
| <input type="checkbox"/> | E2A::PBX t(1;19) PCR qualitativo |
| <input type="checkbox"/> | KMT2A/AFF1 t(4;11) PCR qualitativo |
| <input type="checkbox"/> | ETV6::RUNX1 (TEL::AML1) t(12;21)PCR qualitativo |
| <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 11 |
| <input type="checkbox"/> | Hipermutação IgH |
| <input type="checkbox"/> | Painel NGS Mieloide |
| <input type="checkbox"/> | Painel NGS Linfoide |
| <input type="checkbox"/> | FISH Painel Mieloma Múltiplo |
| <input type="checkbox"/> | FISH Painel LLC |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | FISH MYC, BCL2, BCL2 Linfoma |
| <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"/> | 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 sangue periférico |
| <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: Karen Lana | Aprovado por: Marianna Lima | Responsável pela última revisão: Juliana Assumpção |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|