

## Formulário para doenças mieloproliferativas

### **ATENÇÃO**

**As informações abaixo são imprescindíveis para a interpretação dos dados, para a realização do exame**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_\_

1. Qual doença hematológica que motivou a realização do exame?

( ) Síndrome mieloproliferativa crônica, mas não LMC (policitemia vera, mielofibrose crônica, trombocitemia essencial)

( ) Leucemia mielóide crônica (LMC)

( ) Leucemia aguda

( ) Outra investigação Especifique: \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo tem a doença diagnosticada? \_\_\_\_\_

3. Tratamento:

a) Medicação atual: \_\_\_\_\_

b) Medicação nos últimos 3 meses: \_\_\_\_\_

4. Outras informações que julgar necessárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. É alérgico a algum medicamento/contraste? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_