

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? _____
