



## CARIÓTIPO PARA DOENÇA HEMATOLÓGICA/ONCOLÓGICA- EM SANGUE PERIFÉRICO OU MEDULA ÓSSEA (M/E)

QUESTIONÁRIO

Nome do paciente: .....

N.º da ficha : .....

Nome do Médico: .....

### 1. Qual a razão de estar realizando o exame?

Doença Hematológica Qual?.....

Doença Oncológica Qual?.....

O outra Especifique:.....

### 2. Há quanto tempo tem diagnóstico?.....

### 3. Recebeu:

#### A) quimioterapia?

NÃO  SIM Quando?.....

#### B) radioterapia?

NÃO  SIM Quando?.....

### 4. Em caso de transplante de medula óssea:

#### A) PRÉ-transplante?

NÃO  SIM

#### B) PÓS-transplante?

NÃO  SIM

• Data do Transplante:.....

• AutoTransplante?  NÃO  SIM

• Sexo do doador?  Masculino  Feminino

### 5. Outras informações que julgar necessárias: .....

.....

Pede-se que o cliente tome ciência de que, ocasionalmente o resultado de cariótipo pode ser de difícil interpretação. Sugere-se que esse resultado seja interpretado pelo médico solicitante à luz dos demais dados clínicos e laboratoriais.