



SETOR DE CITOGENÉTICA

Cariótipo/FISH para Doenças Oncohematológicas

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO
PACIENTE

PACIENTE: _____

PASSAGEM: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

MÉDICO: _____ TELEFONE: _____

Outras informações pertinentes ao caso:

Questionário

1. Dados clínicos: _____

2. Tipo de amostra: () Medula óssea () Sangue periférico

3. Tempo de diagnóstico da doença hematológica: _____

4. Tratamento prévio:

Radioterapia: () sim () não

Quimioterapia: () sim () não Qual? _____

5. Submetido à Transplante de células tronco? () sim () não Quando? _____

Autólogo: () sim () não

Alogênico relacionado: () sim () não Alogênico não relacionado: () sim () não

Alogênico não relacionado – cordão umbilical: () sim () não

Sexo do doador: () masculino () feminino

Data: _____ Assinatura do paciente ou responsável: _____