

COLE AQUI
ETIQUETA
THEOLAB

FORMULÁRIO CITOGÊNÉTICA CARIÓTIPO DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS
(CARBM/CARDH/CARSA)

*Todos os dados são imprescindíveis

O cariótipo por bandejamento G para Doenças Hematológicas é realizado na investigação de casos suspeitos de leucemia, linfoma, mielodisplasia, pancitopenia, anemia aplásica, plaquetopenia, mieloma múltiplo, dentre outras desordens hematológicas.

Dados do Paciente

Nome (se não houver etiqueta): _____

Sexo: Feminino Masculino Indefinido

Data de nascimento: ____/____/____ Telefone: () _____

Faz uso de algum medicamento? Qual?

Médico: _____ CRM: _____ Telefone: () _____

Informações da Amostra

Data da coleta: ____/____/____ Horário de coleta: ____:____

Tipo de amostra:

Sangue periférico (Indicado apenas quando houver 20% de blastos no sangue periférico.
Obrigatório envio do hemograma)

Medula Óssea

Cariótipo para Doenças Hematológicas

Motivo do exame:

LMA LLA LLC Síndrome Mielodisplásica (SMD)

Mieloma múltiplo Aplasia de Medula Óssea LMC (Cromossomo Philadelphia)

Outros (especifique): _____

2. Fez Quimioterapia: Sim Não

Linfoma: _____

3. Tem cariótipo anterior? Se sim, de quando e qual resultado? Enviar cópia do laudo anterior.

4. História clínica resumida ou outras informações pertinentes ao caso:

Atenção: Cariótipo Hematológico em amostra de Sangue Periférico só pode ser realizado em amostras com 20% de Blastos e com a expressa solicitação do médico assistente.

Todos os dados são essenciais para realização do exame.
A ausência de informações pode comprometer o resultado final.

OBRIGATÓRIO ANEXAR A CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO.