

CARIÓTIPO PARA DOENÇA HEMATOLÓGICA/ONCOLÓGICA - LABORATÓRIO CLIENTE

ATENÇÃO

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

Nome do paciente:

Nome do médico:

1. Qual a razão para realizar o exame?

Doença Hematológica Qual?

Doença Oncológica Qual?

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:

• Auto Transplante? NÃO SIM

• Sexo do doador? Masculino Feminino

5. Outras informações que julgar necessárias:

.....