

## 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: .....

.....