

## QUESTIONÁRIO PARA DOENÇAS ONCOHEMATOLÓGICAS

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Contato do Médico: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATENÇÃO: As informações abaixo são imprescindíveis para a realização do exame e interpretação dos dados.**

### 1- Objetivo da realização do exame:

- Diagnóstico molecular  
 Acompanhamento  
 Acompanhamento - Resistência ao Tratamento  
 Acompanhamento - Doença Residual Mínima

### 2- Qual a doença hematológica (ou suspeita) que motivou a realização do exame?

- Leucemia Crônica     Linfóide     Mielóide  
 Leucemia Aguda  
 Outra – especifique: \_\_\_\_\_

### 3- Caso o paciente possua diagnóstico prévio, qual foi este diagnóstico e quando a doença foi diagnosticada?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4- Tratamento:

a) Qual a medicação atual do paciente? Quando foi iniciado este tratamento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Houve uso de outra medicação para o tratamento? Em caso afirmativo, qual era esta medicação e qual foi o período de uso?

---

---

---

**5- O paciente possui resultados anteriores deste mesmo exame?**

Sim. (Por favor, anexar os resultados a este questionário (se houver, pelo menos os cinco últimos))

Não

**6- Possui resultados de outros exames genéticos e/ou citogenéticos?**

Sim. (Por favor, anexar os resultados a este questionário)

Não

7- Outras informações que julgar necessárias para a análise dos resultados

---

---

**Eu entendo que a amostra de DNA obtida será utilizada apenas para o teste solicitado e que esses resultados poderão ser utilizados em publicações científicas, mas que minha identidade será mantida em sigilo.**

Sim       Não