

QUESTIONÁRIO PARA IMUNOFENOTIPAGEM PAINEL PROLIFERATIVO

Cliente _____

Idade: _____ Sexo: () M () F Peso: _____ Altura: _____

Medico: _____ Data ____/____/____

HD da doença atual: _____

ALTERAÇÕES NO HEMOGRAMA

() nenhuma () anemia () leucopenia () plaquetopenia () outra: _____

Dados do hemograma: _____

ANAMNESE

Doença Hematológica. Qual? _____

Se Pertinente: linhagem B () linhagem T () mieloide ()

Doença Oncológica. Qual? _____

Outra. Especifique: _____

Data do diagnóstico: _____ Início dos sintomas: _____

Medicação atual: _____

Medicação anterior. Quando? _____

Teve outra neoplasia prévia? Qual? Quando? Qual o tratamento? _____

Tem organomegalia? () Adenomegalia () Esplenomegalia () Hepatomegalia

TRATAMENTO

Quimioterapia? NÃO () SIM () Quando e qual? _____

Radioterapia? NÃO () SIM () Quando? _____

Outros _____

Programação para TCTH? NÃO () SIM () Data provável do transplante ____/____/____

Sexo do doador? Masculino () Feminino ()

Já realizou transplante de MO? NÃO () SIM () Data do Transplante ____/____/____

Sexo do doador? Masculino () Feminino ()

Segundo transplante de MO? NÃO () SIM () Data do Transplante ____/____/____

Sexo do doador? Masculino () Feminino ()

Autotransplante? NÃO () SIM ()

COLETA DE MEDULA ÓSSEA

Número de punções: _____ () Anestesia local () Sedação

Biópsia de MO nesta coleta: () Bilateral () Unilateral

Horário em que o fragmento foi colocado no formol: ____ : ____ h

Local: () 2ª Esternébra () Manúbrio () CIP _____ () CIA _____ () Tíbia

Resistência óssea: () Normal () Alterada: _____

Aspiração: () Fácil () Difícil () Muito difícil () Sangramento espontâneo

Condições: () Boas () Outras: _____

Médico que realizou: _____