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 ☐ Linfóide ☐ Mielóide

☐ 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