

Paciente:		A preencher pela InSitus Genética Colar etiqueta
Nome da mãe:		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento:	
CPF:	RG:	
Médico requisitante:		CRM:
Hospital/Laboratório:		E-mail:
Endereço:		
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:		Celular:
Carimbo e assinatura:		

Dados do exame solicitado:

Data da coleta:	Data do envio:
Tipo de Material: <input type="checkbox"/> Medula óssea <input type="checkbox"/> Sangue periférico <input type="checkbox"/> Outros	

Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD):		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Acompanhamento	Tempo de diagnóstico:
Recebeu quimioterapia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Foi submetido a transplante de medula óssea (TMO)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
	Sexo do doador:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Realizou exame citogenético anteriormente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Resultado citogenético anterior:		