

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:	Email:	
Endereço:		
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	
Carimbo e assinatura:		

Material:  SP  MO  Glânglio  LCR  Outros: \_\_\_\_\_

Meio:  Heparina  EDTA  SFO,9%  Transfix  
 Outros: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_\_

### Exames Solicitados:

CD 20/19  CD 34  CD 56  Contagem de células B, T, CD4/CD8/NK  
 Painel proliferativo  DRM  HPN  Outros: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dados clínicos: \_\_\_\_\_

Tratamento prévio: \_\_\_\_\_

Data último tratamento: \_\_\_\_\_ Exame físico: \_\_\_\_\_

Linfonodos (cadeias O): \_\_\_\_\_

Fígado(cm): \_\_\_\_\_ Baço(cm): \_\_\_\_\_ Pele: \_\_\_\_\_

Outros dados relevantes: \_\_\_\_\_

### Sangue periférico:

Hb g/dl: \_\_\_\_\_ Leucócitos/mm<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_ Plaquetas/mm<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Diferencial: \_\_\_\_\_

Aspirado de MO: \_\_\_\_\_

Biópsia de MO: \_\_\_\_\_