

LABORATÓRIO DE CITOMETRIA

Dra. José Manuel Pereira - Responsável

Dra. Maria João Acosta

Técnicos: Lylliane Luz, Raquel Penteado, Nara Silva, Helena Saragoça

IMUNOFENOTIPAGEM

HOSPITAL _____ SERVIÇO _____

Identificação do doente:

Vinheta ou Nome: _____ _____ Data de nascimento: _____
--

DADOS DO DOENTE:

Diagnóstico / Suspeita Diag.: _____

Esplenomegália ☐ Hepatomegália ☐ Adenomegalias ☐ localização _____

Sintomas B: perda de peso ☐ febre ☐ suores nocturnos ☐ Outros dados Clínicos _____

Hemograma: Hb _____ Pla. _____ Leuco. _____ Fórmula leuc. _____

Mielograma anterior: Não ☐ Sim ☐ resultado: _____

Biópsia óssea anterior: Não ☐ Sim ☐ resultado: _____

Biópsia ganglionar anterior: Não ☐ Sim ☐ resultado: _____

Biópsia de ou outro tecido ou órgão: _____ resultado: _____

Fenotipagem anterior: Não ☐ Sim ☐ data _____ tipo de amostra _____
resultado: _____

DHL _____ β 2-microglobulina _____ Gamapatia Monoclonal ☐ Citogenética ☐ _____

Biologia Molecular ☐ Outros dados Laboratoriais _____

Momento do estudo: Diagnóstico ☐; Estadiamento ☐; Reavaliação antes de iniciar terapêutica ☐

Reavaliação durante vigilância (estável) ☐; Reavaliação durante vigilância (agravamento clínico) ☐

Reavaliação durante terapêutica ☐ Iniciada em: _____; Reavaliação após terapêutica ☐ Terminada em: _____
Terapêutica: _____

AMOSTRA: Data da colheita: _____ Hora: _____ S.P. ☐ M.O. ☐ Gânglio ☐ LCR ☐ Outro ☐ _____

DATA DO PEDIDO _____ ASSINATURA DO MÉDICO _____

CONTACTOS: Telefone: _____ Mail: _____ (legível)
@ _____