

Formulário de Solicitação de Exames

⇒ Enviar requisição original ou cópia junto do formulário

Nome completo do paciente:			
CPF:		Telefone:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento: ___/___/____		Idade: _____ anos
Endereço:		Cidade/UF:	

Exame(s) solicitado(s): _____
Material: <input type="checkbox"/> Medula óssea <input type="checkbox"/> Sangue periférico <input type="checkbox"/> Outro: _____
Data e hora da coleta: ___/___/____ - ___h ___min

Qual o motivo da solicitação do exame e/ou suspeita clínica?		
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Plaquetopenia	<input type="checkbox"/> Leucopenia / Neutropenia
<input type="checkbox"/> LLC / Linfoproliferação	<input type="checkbox"/> Leucemia aguda	<input type="checkbox"/> SMD / Mielodisplasia
<input type="checkbox"/> DRM * / Reavaliação	<input type="checkbox"/> Mieloma / Gamopatia	<input type="checkbox"/> LMC / Mieloproliferação
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
* Necessário que a imunofenotipagem do diagnóstico tenha sido realizada no Laboratório Zanol		
Hemograma:	Hemoglobina: _____	Leucócitos: _____ Plaquetas: _____
Outros exames: _____		
Exame físico:	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Adenomegalia(s)
Outros achados: _____		
Medicações prévias:	<input type="checkbox"/> Daratumumabe	<input type="checkbox"/> Blinatumomabe <input type="checkbox"/> Rituximabe
Outras: _____		

Hospital / Laboratório de procedência:	
Médico solicitante:	CRM:
E-mail para envio do laudo:	Telefone:

Prazo de entrega: até 2 dias úteis

Forma de entrega: internet ou e-mail (caso necessário será feito contato telefônico com o médico solicitante)

Horário de recebimento: 2ª a 5ª feira das 8h às 18h
6ª feira e véspera de feriado das 8h às 15h