

Formulário de Solicitação de Exames

| | | |
|---|------------------------------------|-------------------|
| Nome completo do paciente: | | |
| CPF: | Telefone: | |
| ENVIAR CÓPIA DE DOCUMENTO OFICIAL DO PACIENTE PARA CADASTRO DO(S) EXAME(S) | | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Data de nascimento: ____/____/____ | Idade: _____ anos |
| Endereço: | | |

| | |
|--|--|
| Exame(s) solicitado(s): _____ | |
| Material: <input type="checkbox"/> Medula óssea <input type="checkbox"/> Sangue periférico <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| IDENTIFICAR A(S) AMOSTRA(S) COM NOME E DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE | |
| Data e hora da coleta: ____/____/____ - ____h ____min | |

| | | |
|--|---|--|
| Qual o motivo da solicitação do exame e/ou suspeita clínica? | | |
| <input type="checkbox"/> Citopenia(s) | <input type="checkbox"/> Leucemia aguda | <input type="checkbox"/> SMD |
| <input type="checkbox"/> LLC / Linfoproliferação | <input type="checkbox"/> Mieloma múltiplo | <input type="checkbox"/> LMC / Mieloproliferação |
| <input type="checkbox"/> DRM * / Reavaliação | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| * Necessário que a imunofenotipagem do diagnóstico tenha sido realizada no Laboratório Zanol | | |
| Exames laboratoriais: | | |
| Leucócitos: _____ | Hemoglobina: _____ | Plaquetas: _____ |
| Outros: _____ | | |
| Exame físico: | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> Adenomegalia(s) |
| Outros: _____ | | |

| | |
|--|-----------|
| Hospital / Laboratório de procedência: | |
| Médico solicitante: | CRM: |
| Assinatura: | Carimbo: |
| 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 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