

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"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Plaquetopenia	<input type="checkbox"/> Leucopenia	<input type="checkbox"/> Neutropenia
<input type="checkbox"/> Linfoproliferação	<input type="checkbox"/> Mieloma	<input type="checkbox"/> Gamopatia	<input type="checkbox"/> SMD
<input type="checkbox"/> Leucemia aguda	<input type="checkbox"/> Mieloproliferação	<input type="checkbox"/> DRM *	<input type="checkbox"/> Reavaliação
<input type="checkbox"/> Outro: _____			
* Necessário que a imunofenotipagem do diagnóstico tenha sido realizada no Laboratório Zanol			
Hemograma: Leucócitos: _____ Hemoglobina: _____ 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 com o médico solicitante)

Horário de recebimento de exames: 2ª a 5ª feira das 8h às 18h

6ª feira e véspera de feriado das 8h às 15h