

## Formulário de Solicitação de Exames

(*) Itens de preenchimento obrigatório, conforme RDC 978/2025. Enviar cópia de documento oficial do paciente		
* Nome completo do paciente:		
* Nome social (se aplicável):		
* Nome da mãe:		
* Sexo biológico: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	* Data de nascimento:     /     /	CPF:
* Endereço:		* Telefone:
* Responsável legal (se aplicável):		* Contato:
* Medicações em uso:		

* Exame(s) solicitado(s):
* Material: <input type="checkbox"/> Medula óssea <input type="checkbox"/> Sangue periférico <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
* Identificar o material com: nome do paciente, data de nascimento ou idade, tipo de material biológico e número de registro de identificação do paciente
* Data da coleta:     /     /     * Hora da coleta:     h     min

* Motivo da solicitação do exame:				
<input type="checkbox"/> Diagnóstico / Suspeita	<input type="checkbox"/> Acompanhamento	<input type="checkbox"/> Recidiva	<input type="checkbox"/> DRM	
Se DRM: anexar imunofenótipo do diagnóstico caso não tenha sido feito no Laboratório Zanol				
<input type="checkbox"/> Leucemia aguda	<input type="checkbox"/> LMA	<input type="checkbox"/> LLA B	<input type="checkbox"/> LLA T	<input type="checkbox"/> Leucemia promielocítica aguda
<input type="checkbox"/> Mieloproliferação	<input type="checkbox"/> LMC	<input type="checkbox"/> SMD	<input type="checkbox"/> HPN	<input type="checkbox"/> Anemia aplásica
<input type="checkbox"/> Linfoma de Hodgkin	<input type="checkbox"/> LNH	<input type="checkbox"/> LLC	<input type="checkbox"/> Mieloma	<input type="checkbox"/> Gamopatia
<input type="checkbox"/> Outro:				

Dados clínicos e laboratoriais:			
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Adenomegalias	<input type="checkbox"/> Lesões de pele
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Plaquetopenia	<input type="checkbox"/> Leucopenia	<input type="checkbox"/> Neutropenia
Leucócitos:	Hgb/Hct:	Plaquetas:	

Terapias prévias:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Corticoide	<input type="checkbox"/> Daratumumabe	<input type="checkbox"/> Blinatumomabe	<input type="checkbox"/> Rituximabe
<input type="checkbox"/> Transfusão	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia: _____			
Data: ____/____/____	Outras:				

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

**Prazo de entrega:** até 2 dias úteis após o recebimento da amostra

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

<b>Horário de recebimento de exames:</b> 2ª a 5ª feira das 8h às 18h 6ª feira e véspera de feriado das 8h às 15h
---