

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"/> 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"/> L. 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)

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