Hemopi	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ HEMOPI	FRE
	FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES	REV.00
	MIELOGRAMA	Pág 1/1

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____

CRM: _____ Telefone: ( ) _____

E-mail: _____

INFORMAÇÕES DE COLETA DA AMOSTRA

Data de coleta: ____/____/____ Horário: ____:____ _____

Coletador: _____

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE (CAMPO OBRIGATÓRIO)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Está em tratamento quimioterápico? ☐ Não ☐ Sim

Já realizou Quimioterapia? ☐ Não ☐ Sim

Uso de medicamento(s): ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____

Esplenomegalia ☐ Não ☐ Sim

Linfonodos ☐ Não ☐ Sim

Hb: _____ Leucócitos: _____ Neutrófilos: _____ Linfócitos: _____

Monócitos: _____ Blastos: _____ Plaquetas: _____

INDICAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME (CAMPO OBRIGATÓRIO)

Hipótese Diagnóstica:

OBSERVAÇÃO

- **Este formulário deverá ser preenchido preferencialmente pelo médico solicitante.**
- **É obrigatório o envio do pedido médico junto ao formulário e a amostra.**
- **É obrigatório o envio do laudo de hemograma REALIZADO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS.**

_____ _____

Assinatura do Paciente **Assinatura do Médico**

"A AUSÊNCIA DE DADOS PODE COMPROMETER A CONCLUSÃO DO EXAME E SERÁ CITADA NO LAUDO"