

QUESTIONÁRIO PARA DOENÇAS ONCOHEMATOLÓGICAS

Nome do Paciente:

Nome do Médico

CRM:

Contato do Médico:

Data da Coleta: ____/____/____

ATENÇÃO: As informações abaixo são imprescindíveis para a realização do exame e interpretação dos dados.

1 - Objetivo da realização do exame:

- ☐ Diagnóstico molecular
- ☐ Acompanhamento
- ☐ Acompanhamento - Resistência ao Tratamento
- ☐ Acompanhamento - Doença Residual Mínima

2 - Qual a doença hematológica (ou suspeita) que motivou a realização do exame?

- | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Leucemia Crônica | ☐ Linfóide | ☐ Mielóide |
| ☐ Leucemia Aguda | ☐ Linfóide | ☐ Mielóide |

Outra - especifique:

3 - Caso o paciente possua diagnóstico prévio, qual foi este diagnóstico e quando a doença foi diagnosticada?

4 - Tratamento:

a) Qual a medicação atual do paciente? Quando foi iniciado este tratamento?

b) Houve uso de outra medicação para o tratamento? Em caso afirmativo, qual era esta medicação e qual foi o período do uso?

5 - O paciente possui resultados anteriores deste mesmo exame?

- ☐ Sim. (Por favor, anexar os resultados a este questionário (se houver, pelo menos os cinco últimos))
- ☐ Não

6 - Possui resultados de outros exames genéticos e/ou citogenéticos?

- ☐ Sim. (Por favor, anexar os resultados a este questionário)
- ☐ Não

7 - Outras informações que julgar necessárias para a análise dos resultados

Eu entendo que a amostra de DNA obtida será utilizada apenas para o teste solicitado e que esses resultados poderão ser utilizados em publicações científicas, mas que minha identidade será mantida em sigilo.

- ☐ Sim
- ☐ Não.