

ANTAMOPATOLOGICO DE MEDULA ÓSSEA, MIELOGRAMA, CITOMETRIA, CITOGNÉTICA E EXAMES MOLECULARES (EXCETO PH1 PCR, QBCRABL E MUTBCRABL) QUESTIONÁRIO

Cliente: _____

Idade: _____ Sexo: ()M ()F Peso: _____

Altura: _____

Médico: _____ Data: ___/___/___

HD de doença atual: _____

ALTERAÇÕES NO HEMOGRAMA

() nenhuma () anemia () leucopenia () plaquetopenia

() outra: _____

Dados do hemograma: _____

ANAMNESE

Doença Hematológica. Qual? _____ Se Pertinente: linhagem B() linhagem T() mieloide()

Doença Oncológica. Qual? _____

Outras. Especifique: _____

Data do diagnóstico: _____ Início dos sintomas: _____

Medicação atual: _____

Medicação anterior. Quando? _____ Teve outra neoplasia

prévia? Qual? Qual o tratamento? _____

Tem organomegalia? () Adenomegalia () Esplenomegalia () Hepatomegalia

TRATAMENTO

Quimioterapia? NÃO() SIM() Quando e qual? _____

Radioterapia? NÃO() SIM() Quando? _____

Outros _____

_ Programação para TCTH? NÃO() SIM() Data provável do transplante ___/___/___

Sexo do doador? Masculino() Feminino()

Já realizou transplante de MO? NÃO() SIM() Data do Transplante ___/___/___

Sexo do doador? Masculino() Feminino()

Segundo transplante de MO? NÃO() SIM() Data do Transplante ___/___/___

Sexo do doador? Masculino() Feminino()

Autotransplante? NÃO() SIM()

COLETA DE MEDULA ÓSSEA

Número de punções: () Anestesia local () Sedação

Biópsia de MO nesta Coleta: () Bilateral () Unilateral

Horário em que o fragmento foi colocado no formal: ____ : ____ h

Local: () 2ª Esternébra () Manúbrio () CIP _____ () CIA _____ () Tíbia

Resistência óssea: () Normal () Alterada: _____

Aspiração: () Fácil () Difícil () Muito difícil () Sangramento espontâneo

Condições: () Boas () Outras: _____

Médico que realizou: _____