

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 de 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