



Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo: _____

Material colhido: () sangue periférico () medula óssea

Data da coleta: _____ / _____ / _____

Nome do médico: _____

1. Qual o motivo para a realização do exame?

() Para o diagnóstico de leucemia mieloide crônica (LMC)

() Para o diagnóstico de leucemia linfóide aguda (LLA) ou mieloide aguda (LMA)

() Acompanhamento de tratamento de leucemia mieloide crônica (LMC)

() Dúvida no diagnóstico de síndrome mieloproliferativa crônica, trombocitemia essencial, mielofibrose ou policitemia vera

() Leucemia mieloide crônica (LMC) sem resposta ao tratamento;

() Outra. Especifique: _____

2. Se a doença já foi confirmada, há quanto tempo ocorreu o diagnóstico?

3. Tratamento: medicação e data da utilização.

4. Paciente é transplantado:

() Sim

() Não

5. Descrever outras informações, caso julgue necessário.

