

Cliente: _____

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

Médico: _____ Data: _____ / _____ / _____

HD da 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? _____

Outra. Especifique: _____

Data do diagnóstico: _____ Início dos sintomas: _____

Medicação atual: _____

Medicação anterior. Quando? _____

Teve outra neoplasia prévia? Qual? Quando? 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 formol: _____: _____ 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: _____