

Remetente:

Setor / Pessoa de Contato:

Tel/Fax:

Email:

**Paciente**

Nome do Paciente:

Data de Nascimento:

Indicação Clínica:

Sexo:  Masculino  Feminino

Data da Coleta:

CPF do Responsável para emissão de Nota Fiscal:

**Dados do Médico**

Nome do Médico:

CRM:

E-mail:

Tel/Fax:

**Material Enviado**

Sangue Periférico em EDTA

Medula Óssea em EDTA

Esfregaço Bucal (SWAB)

Sangue Periférico em Heparina Sódica

Medula Óssea em Heparina Sódica

LCR – Líquido Céfalorraquidiano

Blocos de Parafina

Material Fresco

Outros: \_\_\_\_\_

Sangue de Cordão

CTHP – Células Tronco Hematopoiética

Sangue Periférico em tubo PPT

**Exames:**

**Citogenética (Somente em Heparina Sódica)**

Cariótipo Constitucional

FISH \_\_\_\_\_

MMC \_\_\_\_\_

Cariótipo Doenças Hematológicas

DEB Teste:

Outros: \_\_\_\_\_

**Citometria de Fluxo**

Imunofenotipagem para Oncohematologia

Imunofenotipagem para avaliação Linfocitária CD 4/8/3

Outros: \_\_\_\_\_

Imunofenotipagem para HPN (CD 55/CD59)

Outros: \_\_\_\_\_

CD34

**Diagnósticos Moleculares**

BCR – ABL t(9,22) PCR Qualitativo para P230, P210 e P190 (Para Diagnóstico)

PML-RAR t(15;17) PCR Qualitativo

PCR Qualitativo HCV

BCR – ABL t(9,22) PCR Quantitativo Tempo Real P210 (Para Acompanhamento)

Hemocromatose Hereditária para todas mutações H63D, S65C, C93R, I105T e C282Y

PCR para HSV 1

Mutação V617F no Exon 14 para gene JAK 2 PCR Qualitativo

Mutação no Gene BRCA1

PCR para HSV 2

Mutação do K-RAS (Enviar Laudo Histopatológico)

Mutação no Gene BRCA2


PCR para M TUBERCULOSIS BK

Mutação EGFR (Enviar Laudo Histopatológico)

Fibrose Cística - Tipo C Mutação nos EXONS 7 10 11 19 E 21 EM SP

PCR para Histoplasmose

Outros: \_\_\_\_\_

 <p>Abordagem Diagnóstica</p>	<b>LABORATÓRIO PROGENÉTICA</b>	
	FORMULÁRIO DE TRABALHO	<b>FTR-PRE-004</b>
	<b>Solicitação de Exames</b>	Versão: 01 Pág: 2 de 2

**OBSERVAÇÕES: Para Coleta:**

**CITOGENÉTICA:**

Somente Sangue Periférico em Heparina Sódica;  
 Sangue Periférico em Heparina Sódica para Doenças Hematológicas que apresentarem 10% Blastos  
 Medula Óssea em Heparina

**CITOMETRIA DE FLUXOS**

Sangue ou Medula Óssea em EDTA

**DIAGNÓSTICOS MOLECULARES**

Sangue ou Medula Óssea em EDTA  
 Material Fresco em Salina;

Observações: Anexar cópia do pedido médico

Endereço: Av. Presidente Vargas 962, 3 andar – Centro – CEP: 20071-002 - Rio de Janeiro, RJ

Telefone: (0xx21) 2540-5529

Site: [www.progenetica.com.br](http://www.progenetica.com.br)