

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 da coleta:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_