

**TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME.  
OBRIGATÓRIO O ENVIO DE PEDIDO MÉDICO.**

**DADOS DO PACIENTE**

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc  Fem

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DE COLETA DA AMOSTRA**

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**INDICAÇÃO DO EXAME**

Transplante (CROSS). Qual? \_\_\_\_\_

Teste de fertilidade (CROSF)

**DADOS ESPOSO/POTENCIAL DOADOR**

Nome do esposo: \_\_\_\_\_

Nome do potencial doador: \_\_\_\_\_

Informar grau de relacionamento/parentesco: \_\_\_\_\_

Houve transplante prévio? ( ) SIM ( ) NÃO

Data do transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Transfusão sanguínea? ( ) SIM ( ) NÃO

Data da última transfusão : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Números de gestações prévias: \_\_\_\_\_

Números de abortos: \_\_\_\_\_

Medicações em uso - paciente: \_\_\_\_\_

Medicações em uso - esposo/potencial doador: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETARÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME**