

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____ Sexo: Masc Fem

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____ CRM: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A AMOSTRA

Data da coleta: ____/____/____ Horário da Coleta: _____ : _____

ANÁLISE CROMOSSÔMICA CONVENCIONAL

TIPO DE AMOSTRA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue periférico (CARBG) | <input type="checkbox"/> Pele (CARPE) |
| <input type="checkbox"/> Sangue fetal (CARBSF) | <input type="checkbox"/> Tecido fetal (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Restos ovulares (CARO) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Líquido amniótico (CARBL) | <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Vilosidade coriônica (VILCO) | _____ |

INDICAÇÕES:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down (trissomia do 21) | <input type="checkbox"/> X Frágil (FRA-X) (CARXF) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Edwards (trissomia do 18) | <input type="checkbox"/> Idade materna avançada |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Patau (trissomia do 13) | <input type="checkbox"/> TN aumentada/alterada |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Turner (monossomia do X) | <input type="checkbox"/> Alteração na Avaliação Bioquímica do Risco Fetal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Klinefelter (47, XXY) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento psicomotor | <input type="checkbox"/> Anormalidade cromossômica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Retardo mental | _____ |
| <input type="checkbox"/> Genitália ambígua | <input type="checkbox"/> Múltiplos abortos. Quantos?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Análise cromossômica familiar alterada. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Achados morfológicos alterados no US: Quais?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Achados dismórficos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infertilidade | <input type="checkbox"/> Exame anterior alterado. Qual alteração? _____ |
| <input type="checkbox"/> Abortos de repetição | _____ |
| <input type="checkbox"/> Faz uso de algum medicamento? Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| _____ | _____ |

EXAME PARA DOENÇA HEMATOLÓGICA

Tipo de Amostra:

- Medula Óssea (CARBM)
- Sangue Periférico (CARDH)
- Informar quantidade de blastos no hemograma: _____
- Indicações: _____

----- OBRIGATÓRIO ANEXAR O PEDIDO MÉDICO -----

Todos os dados são essenciais para realização correta do exame. A ausência de indicação pode comprometer o diagnóstico.