

## TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

### Dados do paciente

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Ap: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data da coleta de amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Nome do médico: \_\_\_\_\_

2. Qual a sua ancestralidade?

Asiático  Negro Americano/ Africano  Branco/ Caucasiano

Judeu Ashkenazi  Hispânico  Americano nativo

Outro: \_\_\_\_\_

3. Qual a doença a ser investigada? \_\_\_\_\_

4. Tem histórico familiar da doença?

Não

Sim, qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_