

# RQ 0538 - ANÁLISE CITOGENÉTICA DE CARIÓTIPO FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Dados do paciente

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc  Fem

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

Laboratório solicitante \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

## Médico solicitante

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

Fone : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## Informações sobre a amostra

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

Coletador: \_\_\_\_\_

## Dados clínicos do paciente

---

---

---

---

---

---

---

---

Faz uso de algum medicamento? Qual? \_\_\_\_\_

## Tipo de amostra

( ) Sangue periférico

( ) Medula óssea

( ) Outros. Descrever: \_\_\_\_\_

## Indicações médicas para a realização do exame

( ) Síndrome de Down (trissomia do 21)

( ) Síndrome de Edwards (trissomia do 18)

( ) Síndrome de Patau (trissomia do 13)

( ) Síndrome de Turner (monossomia do X)

( ) Síndrome de Klinefelter (47, XXY)

( ) Atraso no desenvolvimento psicomotor

( ) Retardo mental

( ) Genitália ambígua

( ) Análise cromossômica familiar alterada. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Achados dismórficos

( ) Infertilidade

( ) Abortos de repetição

( ) Idade materna avançada

( ) TN aumentada/alterada

( ) Alteração na Avaliação Bioquímica do Risco Fetal. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Múltiplos abortos. Quantos? \_\_\_\_\_

( ) Exame anterior alterado. Qual alteração? \_\_\_\_\_

## RQ 0538 - ANÁLISE CITOGENÉTICA DE CARIÓTIPO FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

### Exame a ser realizado

- Cariótipo Constitucional – Sangue (CARBG)
  - Cariótipo contagem de 50 células (CARBG5)
  - Cariótipo contagem de 100 células (CARBG1)
  - Cariótipo de Sangue fetal (CARBSF)
  - Cariótipo de Restos ovulares (CARO)
  - Cariótipo de pele (CARPE)
  - Cariótipo em Vilosidade coriônica (VILCO)
  - Cariótipo em Líquido amniótico (CARBL)
  - Cariótipo para X-Frágil (CARXF)
  - Cariótipo hematológico medula óssea (CARBM)
- Quantidade de Blastos no hemograma: \_\_\_\_\_
- Cariótipo hematológico – sangue periférico (CARDH)
- Quantidade de Blastos no hemograma : \_\_\_\_\_

### Obrigatório anexar o pedido médico

**Este formulário deverá ser preenchido preferencialmente pelo médico solicitante. Todos os dados são essenciais para realização correta do exame. A ausência de indicação pode comprometer o diagnóstico.**