

## Dados do paciente

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Nome (se não houver etiqueta): \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino  Indefinido

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

## Informações da amostra

Tipo de Amostra:

Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário da coleta: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Sangue periférico

Líquido Amniótico. Idade Gestacional \_\_\_\_\_

Material de aborto/Restos Ovulares

Medula Óssea

Vilosidade Coriônica

Outros:(especificar): \_\_\_\_\_

## Cariótipo Constitucional

(Síndromes genéticas, Investigações de fertilidade, Malformação congênitas, entre outras)

### 1. Motivo para a realização do exame:

Síndrome de Down (trissomia 21)

Atraso desenvolvimento Psicomotor

Puberdade Tardia

Síndrome de Edwards (trissomia 18)

Defeitos físico ao nascimento

Infertilidade

Síndrome de Patau (trissomia 13)

Atraso de crescimento

Idade materna Avançada

Síndrome de Turner

Genitália Ambigua

TN aumentada/ alterada

Síndrome de Klinefelter

Abortos recorrentes. Quantos? \_\_\_\_\_

Outros. Especifique \_\_\_\_\_

### 2. Existe histórico de problema genético na família? Se sim, especifique.

## Cariótipo para doenças Hematológicas

(Leucemias, linfomas, anemia, plaquetopenia, leucocitose, mieloma múltiplo, policitemia, trombocitemia, entre outras)

### 1. Motivo para a realização do exame:

Diagnóstico

Controle

Outros: \_\_\_\_\_

Diagnóstico ou Suspeita Clínica: \_\_\_\_\_

### 2. Para casos de transplante de Medula Óssea

Pré Transplante

Pós Transplante

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

Transplante Autólogo?  Sim

Não

Sexo do doador:  Feminino

Masculino

### 3. Tem cariótipo anterior? Se sim, de quando e qual resultado? Enviar cópia do laudo anterior.

Atenção: Cariótipo Hematológico em amostra de Sangue Periférico só pode ser realizado na presença de 20% de BLASTOS, e com a expressa solicitação do médico assistente.

Todos os dados são essenciais para realização do exame. A ausência de informações pode comprometer o resultado final.

Obrigatório envio da cópia do pedido médico juntamente com este formulário preenchido.

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 03