

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados do paciente

Nome (Se não houver etiqueta): _____

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____

Nome do médico solicitante: _____ CRM: _____

Exame solicitado

- Cariótipo com banda G – Constitucional (pré-natal)
- Cariótipo com banda G – Constitucional (pós-natal)
- Cariótipo com banda G – Oncohematológico
- Cariótipo e Pesquisa de Quebras Cromossômicas (DEB-teste)
- FISH – Oncohematológico. Qual? _____

Tipo de amostra

- Data da coleta: ____/____/____ Hora da coleta: _____
- Sangue periférico em heparina sódica
- Medula óssea em heparina sódica
- Líquido amniótico Idade Gestacional _____
- Vilo corial Idade Gestacional _____
- Material de aborto - Restos ovulares Idade Gestacional _____
- Biópsia de pele

Motivo de solicitação do exame:

Constitucional / Pesquisa de quebras cromossômicas (DEB):

- Baixa estatura
- Puberdade tardia
- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- Deficiência intelectual
- Alterações congênitas
- Autismo
- Ambiguidade genital
- Aborto de repetição
- Infertilidade
- Amenorreia
- Trissomia do cromossomo 13: Síndrome de Patau

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

- Trissomia do cromossomo 13: Síndrome de Patau
- Trissomia do cromossomo 18: Síndrome de Edwards
- Trissomia do cromossomo 21: Síndrome de Down
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Klinefelter
- Aplasia de medula óssea
- Outros: _____

Oncohematológico:

- LMC (cromossomo Philadelphia)
- LMA
- LLC
- LLA
- Síndrome mielodisplásica (SMD)
- Linfoma: _____
- Mieloma múltiplo
- Aplasia de medula óssea
- Outros: _____

Já fez Quimioterapia? Sim Não
Já fez Transplante (TMO)? Sim Não
Doador: Feminino Masculino

Possui cariótipo anterior? Se sim, especificar a data e o resultado:

Não Sim _____

Outras informações pertinentes ao caso / História clínica resumida:

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 01