citogenética

Questionário para o exame de Cariótipo

(a ser preenchido pelo médico responsável)

Laboratório:

Código Interno:

Nome do Paciente

Idade do Paciente

Nome do Médico

CRM

Fone

Data de Envio da Amostra

Tipo de Amostra Enviada

- ☐ Sangue Total
- ☐ Placenta / Perda Fetal
- ☐ Medula
- ☐ Sangue de Cordão
- ☐ Tumor
- ☐ Vilo Corial
- ☐ Líquido Amniótico
- ☐ Outro _____

Exame Solicitado:

Suspeita Clínica de Síndrome:

1. Motivo para a realização do exame?

- ☐ Atraso no Crescimento
- ☐ Puberdade Tardia
- ☐ Genitália Ambígua
- ☐ Defeito Físico ao Nascimento
- ☐ Retardo Mental
- ☐ Infertilidade
- ☐ Idade Materna Avançada
- ☐ Abortos Repetitivos
- ☐ História Familiar de Anomalias
- ☐ Gestação Anual com Alterações
- ☐ Amenorréia

Especifique: _____

_____

2. Os cônjuges têm algum grau de parentesco?

☐ **SIM** ☐ **NÃO**

3. Teve abortamento?

☐ **SIM** ☐ **NÃO** Quantos: _____ Em qual mês da gestação: _____