

Todos os dados solicitados neste questionário são essenciais para a execução correta do exame e são de inteira responsabilidade do colhedor.

Nome do paciente: _____

Idade do paciente: _____ Sexo do paciente: _____ Telefone do paciente: () _____

Médico solicitante: _____ Telefone do médico: () _____

Data da coleta: ____/____/____

TIPO DE AMOSTRA COLETADA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangue total | <input type="checkbox"/> Sangue de cordão umbilical/ | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico |
| <input type="checkbox"/> Aspirado medular | <input type="checkbox"/> Punção cardíaca FETAL | <input type="checkbox"/> Vilosidade coriônica |
| <input type="checkbox"/> Material de aborto | <input type="checkbox"/> Líquido ascítico/pleural/higroma | |

Para os materiais de aborto, líquido amniótico e vilosidade coriônica, informar idade gestacional: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E/OU DADOS CLÍNICOS

(na ausência da informação no pedido médico, questionar o paciente ou o responsável pelo motivo que o levou ao médico):

Descrever a hipótese diagnóstica e/ou dados clínicos e responder as perguntas abaixo:

Existe suspeita de Síndrome de Turner?

Não Sim

Paciente já realizou cariótipo anteriormente?

Não Sim Resultado: _____

Está em acompanhamento de alguma doença hematológica?

Não Sim Qual? _____

Já fez transplante de medula óssea?

Não Sim Sexo do doador: _____

A ausência de dados clínicos pode comprometer a conclusão do exame e será citada no resultado.

FAVOR ANEXAR PEDIDO MÉDICO

PARA PROCEDIMENTO DE COLETA, ENVIO E PRESERVAÇÃO DA AMOSTRA,
CONSULTAR HELP DE EXAMES OU A CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES

31 3228 6200

Assinatura recepcionista

Assinatura paciente