



SETOR DE CITOGENÉTICA

Cariótipo de Aborto

PREENCHER QUANDO NÃO HOVER ETIQUETA DO PACIENTE

PACIENTE: _____

PASSAGEM: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

MÉDICO: _____ TELEFONE: _____

Outras informações pertinentes ao caso:

Questionário

1. Idade Gestacional: _____ semanas _____ dias
2. Reprodução assistida: () sim () não
3. Gestação única: () sim () não
4. Estudo ultrassonográfico realizado: () sim () não Resultado: () normal () anormal Qual? _____
5. Realizou sexagem fetal: () sim () não Sexo: () Feminino () Masculino
6. Estudo bioquímico realizado: () sim () não Resultado: () normal () anormal Qual? _____
7. História prévia de abortos espontâneos: () sim () não Quantos? _____
8. História familiar de problema genético: () sim () não Qual? _____ Grau de parentesco: _____
9. Consangüinidade dos pais: () sim () não
10. Já foi realizado estudo cromossômico dos pais: () sim () não Resultado: _____

Data: _____ Assinatura do paciente ou responsável: _____

Em caso de dúvida entre em contato com o Laboratório Genomika, no telefone: 3003-0608
Formulário Cariótipo de Aborto versão 1.0/2019