

SETOR DE CITOGENÉTICA

Cariótipo Constitucional Pós-Natal

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO PACIENTE

PACIENTE: _____

PASSAGEM: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

MÉDICO: _____ TELEFONE: _____

Outras informações pertinentes ao caso:

Questionário

1. Motivo da realização do exame:

Anomalias múltiplas congênitas: () sim () não Qual? _____

Retardo mental: () sim () não

Baixa estatura: () sim () não

Puberdade tardia: () sim () não

Infertilidade: () sim () não

Outros: _____

2. História familiar de problema genético: () sim () não Qual? _____ Grau de parentesco _____

3. História prévia de abortos espontâneos na mãe: () sim () não Quantos? _____

4. Consangüinidade dos pais: () sim () não

5. 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 Constitucional Pós-Natal versão 1.0/2019