QUESTIONÁRIO PARA CARIÓTIPOS E FISH

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

- ☐ Sangue total
- ☐ Aspirado medular
- ☐ Material de aborto
- ☐ Sangue de cordão umbilical/ Punção cardíaca FETAL
- ☐ Líquido ascítico/pleural/higroma
- ☐ Líquido amniótico
- ☐ Vilosidade coriônica

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

ISO 9001 Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade Controllab