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 ( ) Sangue de cordão umbilical/Punção cardíaca FETAL ( ) Líquido amniótico

( ) Aspirado medular ( ) Vilosidade coriônica

( ) Material de aborto ( ) 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

ISO 9001 Sistema Nacional de Acreditação DICQ PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade Controllab