

## 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