



BRASIL
APOIO
MEDICINA DIAGNÓSTICA

REQUISIÇÃO DO EXAME - PRADER WILLI -
ANGELMAN - SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO
(PCRPWA)

As informações solicitadas neste formulário são necessárias para a interpretação correta do resultado.

Exame Solicitado: _____

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Médico solicitante: _____

Telefone para contato: () _____

▪ **Marque somente uma opção:**

- Teste para: Suspeita diagnóstica
 Detecção de portador

Principais sintomas clínicos:

▪ **Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?**

Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc.).

Não.

▪ **Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?**

Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc.)

Não.

▪ **Origem étnica do paciente:** _____

▪ **O paciente refere ancestralidade Asquenazim?** Sim Não

Histórico familiar:

