

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangue total | <input type="checkbox"/> Sangue de cordão umbilical/
Punção cardíaca FETAL | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico |
| <input type="checkbox"/> Aspirado medular | <input type="checkbox"/> Líquido ascítico/pleural/higroma | <input type="checkbox"/> Vilosidade coriônica |
| <input type="checkbox"/> Material de aborto | | |

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