



FICHA DE DADOS CLINICOS PARA TESTE  
GENETICO PARA PREDISPOSICAO HEREDITARIA  
AO CANCER

Informações do Paciente

Identificação do paciente

Nome Completo

Data de Nascimento

Consanguinidade:

Sim

Não

História Pessoal de Câncer

<input type="radio"/> Sem história pessoal de câncer			
<input type="radio"/> Mama	( ) bilateral	( ) triplo negativo	Idade ao diagnóstico:
<input type="radio"/> Ovário	( ) bilateral		Idade ao diagnóstico:
<input type="radio"/> Intestino	( ) poliposo	( ) não poliposo	Idade ao diagnóstico:
<input type="radio"/> Pulmão	( ) tabagista	( ) pequenas- células	Idade ao diagnóstico:
<input type="radio"/> Próstata			Idade ao diagnóstico:
<input type="radio"/> Leucemia			Idade ao diagnóstico:
<input type="radio"/> Outro			Idade ao diagnóstico:

História Familiar de Câncer

<input type="radio"/> Sem história familiar de câncer				
Parentesco	Materno	Paterno	Local do Câncer	Idade ao diagnóstico
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____