

Nome: \_\_\_\_\_

Etiqueta

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino  Data da Coleta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Transusão: Não  Sim  Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Exame de Cariótipo anterior: Não  Sim

Resultado: \_\_\_\_\_ Data do exame anterior: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, PREENCHER CORRETAMENTE O QUESTIONÁRIO OBRIGATÓRIO**

Tipo de Amostra: Sangue Periférico  Medula Óssea

**CARIÓTIPO CONSTITUCIONAL**

Qual a razão de estar fazendo o exame?

- Atraso de desenvolvimento Neuropsicomotor  Defeito físico ao nascimento. Qual? \_\_\_\_\_
- Atraso de crescimento  Suspeita clínica de síndrome. Qual? \_\_\_\_\_
- Puberdade tardia  Aborto. Quantos? \_\_\_\_\_
- Tratamento para gravidez / Infertilidade
- Antecedentes com doença genética. Qual? \_\_\_\_\_

**CARIÓTIPO HEMATOLÓGICO**

Qual a razão de estar fazendo o exame?

- Linfoma. Qual? \_\_\_\_\_  Leucemia. Qual? \_\_\_\_\_
- Síndrome Mielodisplásica  Mieloma Múltiplo / Doença de Plasmócitos
- Alteração de plaquetas  Anemia
- Outros. Especificar: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico  Tratamento  Monitoramento
- Transplante  Não  Sim
- Transplante Alogênico  Transplante Autólogo

**(Obrigatório anexar cópia do Pedido Médico)**