

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

Material de aborto

Líquido amniótico

***IMPORTANTE:** Para os materiais de aborto e líquido amniótico, 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