BRASIL APOIO MEDICINA DIAGNÓSTICA

QUESTIONARIO PARA CARIOTIPO - VILO CORIAL E CORDOCENTESE (VCCBG)

Médico Solicitante_____	CRM_____
Nome do Paciente_____	Data Nasc._____
Idade Gestacional _____semanas _____dias _____	DUM ____/____/____
Sexo fetal ao ultrassom, prenateste (NIPT) ou sexagem fetal ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Indeterminado	

Informações clínicas necessárias para realização e interpretação da análise

Amostra enviada: ☐ Vilo Corial ☐ Cordocentese

Indicação Clínica:	
☐ Idade materna	☐ Alteração na triagem bioquímica pré-natal (TRF) Ou Prenateste) (NIPT)
☐ Aborto recorrente	☐ Alteração na ultrassonografia
☐ Pais com alteração cromossômica	☐ Filho anterior com alteração cromossômica ou Má-formação
☐ Translucência Nucal aumentada____mm	☐ Histórico familiar de condições genéticas (Detalhar abaixo)
☐ Outras indicações e informações complementares:_____	

Resumo da história clínica:

_____

Assinatura/Carimbo do Médico

_____/_____/_____ Data da Solicitação

_____/_____/_____ Data da Coleta

_____:_____ Hora da Coleta

Etiqueta de identificação

ATENÇÃO: Redobrar os cuidados com assepsia, pois, a falta desta é a maior causa de problemas na cultura celular, levando à necessidade de recoleta.