

Nome da paciente:

Idade: N° da ficha:

Nome do médico:

1. Qual a razão de estar realizando o exame?

Idade materna

Ultrassonografia morfológica sugerindo alteração:

Translucência nucal aumentada: mm

Filho anterior com: anomalia cromossômica ou malformações

Pais apresentando rearranjos ou alterações cromossômicas (mosaicos)

Ansiedade

♦ Se necessário, especifique a resposta:

.....
.....

2. Qual a idade gestacional? semanas e dias DPP.....

3. Tem filhos? Não Sim Quantos?

Algum apresenta alguma anomalia?

Que tipo de anomalia?

4. Há história de alguém com problema genético na família?

Não Sim Qual?.....

5. Os cônjuges tem grau de parentesco?

Não Sim Qual?.....

6. Teve abortamentos?

Não Sim Quantos?

♦ Em que mês de gestação?

♦ Qual a causa do aborto?

Pede-se que o cliente tome ciência de que, ocasionalmente o resultado de cariótipo pode ser de difícil interpretação. Sugere-se que esse resultado seja interpretado pelo médico solicitante à luz dos demais dados clínicos e laboratoriais.