

Favor preencher **TODOS** os dados abaixo e com letra legível para que a análise possa ser realizada com informações corretas.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo de nascimento:  Masculino  Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ Instituição solicitante: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### AUTORIZAÇÃO PARA EXAME EM MENOR DE IDADE

Declaro que eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, nascido(a) no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, sou responsável legal pelo(a) menor de idade \_\_\_\_\_, e autorizo o laboratório a realizar exames de análises clínicas, conforme necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

MATERIAL:  Soro  Sangue periférico  Outros: \_\_\_\_\_

Semanas de gestação: \_\_\_\_\_ Gemelar:  Sim  Não

Nome do coletador: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário da coleta: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Indicações clínicas: \_\_\_\_\_

#### CITOMETRIA DE FLUXO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atividades de células Natural Killer | <input type="checkbox"/> Quantificação de células Natural Killer |
| <input type="checkbox"/> Fragmentação do DNA espermático*     | <input type="checkbox"/> Perfil de citocinas                     |

\*Concentração espermograma: \_\_\_\_\_

#### CITOGENÉTICA

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cariótipo constitucional        | <input type="checkbox"/> Cariótipo em sangue de cordão umbilical    |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em vilo corial        | <input type="checkbox"/> Cariótipo DEB teste                        |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em material de aborto | <input type="checkbox"/> Cariótipo análise 50 células (mosaicismo)  |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em Líquido amniótico  | <input type="checkbox"/> Cariótipo análise 100 células (mosaicismo) |

#### BIOLOGIA MOLECULAR

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden e Mutação de Protrombinas | <input type="checkbox"/> Homocisteinemia (C677T, A1298C – MTHFR) |
| <input type="checkbox"/> Protrombina – detecção da mutação g20210A   | <input type="checkbox"/> Genotipagem KIR                         |
| <input type="checkbox"/> Plasminogênio Tissular (4G/5G – PA 1)       | <input type="checkbox"/> Genotipagem KIR + HLA – C               |
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden                           | <input type="checkbox"/> Tipagem HLA - C                         |

#### SOROLOGIA E HORMÔNIOS

- Hormônio Anti-Mülleriano