

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Sexo

CPF

Telefones

Endereço

e-mail

Material Coletado

* A ausência dos dados clínicos pode comprometer a conclusão do exame e será citada no resultado.



EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em sangue com banda G | <input type="checkbox"/> Cariótipo Pré-natal (Vilocorial) |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em sangue de Alta Resolução | <input type="checkbox"/> Cariótipo Pré-natal (Líquido Amniótico) |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de síndrome X Frágil | <input type="checkbox"/> Cariótipo de Material de Aborto |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em Medula | <input type="checkbox"/> Cariótipo de sangue de cordão (Cordocentese) |



INDICAÇÕES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Síndrome de Down (Trissomia 21) | <input type="checkbox"/> Amenorréia Primária |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Trissomia 13 (Síndrome de Patau) | <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Sexual anormal |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Trissomia 18 (Síndrome de Edwards) | <input type="checkbox"/> Suspeita de Síndrome de Klinefelter |
| <input type="checkbox"/> Malformações | <input type="checkbox"/> Suspeita de Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Retardo Psicomotor | <input type="checkbox"/> Pesquisa de Cromossomo Philadelphia |
| <input type="checkbox"/> Retardo de Crescimento | <input type="checkbox"/> Casais com 2 ou mais Perdas Fetais |
| <input type="checkbox"/> Infertilidade | <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____ |



INDICAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

- Grávidas com 35 anos ou mais (independente do resultado de translucência nucal)
- Grávida jovem com translucência nucal aumentada ou teste tríplice alterado
- Malformação fetal ao ultra-som
- Retardo de crescimento fetal
- Grávida com história de 2 ou mais perdas de gravidez sem diagnóstico
- Grávida com perda de gravidez anterior devido à anomalia cromossômica
- Paciente com gravidez interrompida ou ovo cego
- Ansiedade materna ou paterna



DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome(completo): _____

CRM: _____ Tel.: (____) _____ e-mail _____

- Autorizo o uso da minha amostra biológica de forma anônima em publicações científicas e validações realizadas pelo laboratório. É importante ressaltar que a amostra é utilizada em caráter sigiloso, não sendo, em nenhum momento, revelada a identidade do paciente.
- Não autorizo a divulgação dos resultados em publicações científicas nem a utilização do material biológico.

Nenhuma informação pessoal é compartilhada, abrangendo dados para contato, informações e dados do paciente, em concordância com Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018.

