

## QUESTIONÁRIO PARA CARIÓTIPOS E FISH

**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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangue total       | <input type="checkbox"/> Sangue de cordão umbilical/      | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico    |
| <input type="checkbox"/> Aspirado medular   | Punção cardíaca FETAL                                     | <input type="checkbox"/> Vilosidade coriônica |
| <input type="checkbox"/> Material de aborto | <input type="checkbox"/> Líquido ascítico/pleural/higroma |   |

Para os materiais de aborto, líquido amniótico e vilosidade coriônica, 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**