



## QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE CARIÓTIPO

Caro Cliente,

Você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado. Pedimos a gentileza de preenchê-lo.

Nº PEDIDO: \_\_\_\_\_ DATA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) M / ( ) F

TELEFONE (CLIENTE): \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO: Dr (a) \_\_\_\_\_

TELEFONE (MÉDICO/CONSULTÓRIO): \_\_\_\_\_

1- Qual a razão de estar fazendo o exame?

- ( ) Retardo Mental
- ( ) Defeito Físico no Nascimento
- ( ) Trissomia do 13
- ( ) Trissomia do 18
- ( ) Trissomia do 21
- ( ) Síndrome de Turner
- ( ) Síndrome de Klinefelter
- ( ) Puberdade Tardia
- ( ) Amenorréia
- ( ) Atraso de Crescimento
- ( ) Aborto
- ( ) Infertilidade
- ( ) Pré ou Pós-transplante
- ( ) Doença Hematológica. Qual: \_\_\_\_\_
- ( ) Doença Oncológica. Qual: \_\_\_\_\_
- ( ) Outra razão. Especificar: \_\_\_\_\_

2- Já recebeu Quimioterapia? ( ) Não ( ) Sim

3- Já recebeu Radioterapia? ( ) Não ( ) Sim

4- Realizou recentemente (últimos 03 meses) exames de Raio X? ( ) Não ( ) Sim

5- Realizou recentemente (últimos 30 dias) transfusão sanguínea? ( ) Não ( ) Sim

6- Outras observações que achar necessário: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura