



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