

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0905 FORMULÁRIO CITOGÊNÉTICA CARIÓTIPO CONSTITUCIONAL (CARBG / CARBG5 / CARBG1 / CARBSF / CARO / VILCO / CARBL / CARPE)

***Todos os dados são imprescindíveis**

O cariótipo banda G permite o estudo dos cromossomos humanos em busca de alterações cromossômicas numéricas e/ou estruturais constitucionais.

Dados do Paciente

Nome (se não houver etiqueta): _____

Sexo:

- Feminino
 Masculino
 Indefinido (genitália ambigua)

O DB diagnósticos respeita todas as formas de identidade de gênero. Alguns testes genéticos avaliam o DNA como um todo, e para garantir a qualidade, precisão e análise de consistência do seu resultado é importante que seja informado no campo "Sexo" o Sexo biológico identificado ao nascimento e não sua identidade de gênero.

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: () _____

Faz uso de algum medicamento? Qual? _____

Informações da Amostra

Data da coleta: ____/____/____

Horário de coleta: _____:_____

Tipo de amostra:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue periférico | <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico. Idade Gestacional _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangue de cordão umbilical | <input type="checkbox"/> Aborto/Restos Ovulares. Idade Gestacional _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia Pele | <input type="checkbox"/> Vilosidade Coriônica. Idade Gestacional _____ |

Cariótipo Constitucional

Motivo do exame:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down (trissomia 21) | <input type="checkbox"/> Atraso desenvolvimento Psicomotor | <input type="checkbox"/> Puberdade Tardia |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Edwards (trissomia 18) | <input type="checkbox"/> Defeito físico ao nascimento | <input type="checkbox"/> Infertilidade |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Patau (trissomia 13) | <input type="checkbox"/> Atraso de crescimento | <input type="checkbox"/> Idade materna Avançada |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Turner | <input type="checkbox"/> Genitália Ambigua | <input type="checkbox"/> TN aumentada/alterada |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Klinefelter | <input type="checkbox"/> Abortos de recorrentes. Quantos? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____ | | |

2. Existe histórico de problema genético na família? Se sim, especifique.

3. Possui cariótipo anterior ou exame relacionado? Se sim, enviar a cópia do laudo.

Todos os dados são essenciais para realização do exame.
A ausência de informações pode comprometer o resultado final.

OBRIGATÓRIO ANEXAR A CÓPIA DO PEDIDO MÉDICO.