

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0697 QUESTIONÁRIO – EXAMES GENÉTICOS

***Todos os dados são imprescindíveis**

As informações obtidas neste questionário são imprescindíveis para a correta execução do exame e correta interpretação dos resultados obtidos.

Pedimos que todos os campos sejam preenchidos (caso existam resultados relacionados, pedimos que os mesmos sejam anexados a este questionário).

Dados do solicitante

Hospital/Clínica: _____

Nome completo: _____

E-mail: _____

CRM: _____ Telefone: () _____

Data de solicitação: ____ / ____ / ____

Dados da amostra

Data de solicitação: ____ / ____ / ____ Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

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.

E-mail: _____ Peso: _____ Kg.

Dados clínicos

Suspeita clínica: _____

Principais sintomas clínicos: _____

Antecedentes familiares (especificar parentesco): _____