



**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   | <input type="checkbox"/> 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**

PARA PROCEDIMENTO DE COLETA, ENVIO E PRESERVAÇÃO DA AMOSTRA,  
CONSULTAR HELP DE EXAMES OU A CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES