

Informações do paciente

Nome: _____ Sexo: _____
Médico solicitante: _____ Contato do médico: _____

Hipótese diagnóstica

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor | <input type="radio"/> Atraso no Crescimento, baixa estatura |
| <input type="radio"/> Amenorreia primária ou secundária | <input type="radio"/> Autismo |
| <input type="radio"/> Azoospermia ou severa oligospermia | <input type="radio"/> Abortos recorrentes/ Natimorto |
| <input type="radio"/> Falência ovariana precoce | <input type="radio"/> Alteração cromossômica detectada na família |
| <input type="radio"/> Fecundação in vitro | <input type="radio"/> Genitália ambígua |
| <input type="radio"/> Infertilidade | <input type="radio"/> Malformações congênitas |
| <input type="radio"/> Problemas na puberdade | <input type="radio"/> Trissomia do cromossomo 18 (Síndrome de Edwards) |
| <input type="radio"/> Síndrome de Down | <input type="radio"/> Trissomia do cromossomo 13 (Síndrome de Patau) |
| <input type="radio"/> Pesquisa de síndrome cromossômica específica: _____ | |
| <input type="radio"/> Outra indicação clínica: _____ | |

2 - Tem cariótipo anterior realizado em outro laboratório? Qual resultado?

3 - Fez transfusão sanguínea ou transplante alogênico de medula óssea (TMO)?

Não Sim Quando? _____

4 - Se TMO alogênico, doador: Masculino Feminino

5 - Outras informações que julgar necessárias
