



## Informações Gerais (obrigatório)

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Médico Solicitante
Nome do(a) Responsável (se necessário)	Grau de Parentesco do(a) Responsável com o(a) Paciente

## Informações da Amostra

Coletar sangue periférico em tubo com EDTA (tampa roxa)  
Volume: 4-8mL (em geral); 1-3mL (infantes apenas). Transportar para o laboratório em temperatura ambiente em até 48 horas após coleta.

Data da Coleta (DD/MM/AAAA)	Horário da Coleta	Local da Coleta
Data de envio a Genomika (DD/MM/AAAA)		Responsável

## Informações Clínicas

(Devido à complexidade do teste, informações clínicas detalhadas do paciente são imprescindíveis para interpretação dos resultados. Dessa forma, o preenchimento completo se faz necessário para evitar atrasos no processamento.)

<b>Gerais</b>					
<input type="checkbox"/> Atraso de desenvolvimento global	<input type="checkbox"/> Atraso de desenvolvimento motor	<input type="checkbox"/> Atraso de crescimento	<input type="checkbox"/> Baixa estatura		
<input type="checkbox"/> Restrição do crescimento intrauterino	<input type="checkbox"/> Crescimento estrutural exacerbado	<input type="checkbox"/> Outro: _____			
<b>Neurológicas</b>					
<input type="checkbox"/> Agenesia do corpo caloso	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Malformação de Chiari:	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Lisencefalia	<input type="checkbox"/> Convulsões
<input type="checkbox"/> Surdez	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Hipertonia	<input type="checkbox"/> Outro: _____		
<input type="checkbox"/> Déficit de aprendizagem:	<input type="radio"/> Brando	<input type="radio"/> Moderado	<input type="radio"/> Severo	<input type="checkbox"/> Espectro do autismo:	<input type="radio"/> Brando <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
<input type="checkbox"/> Problemas comportamentais:	<input type="radio"/> Brando	<input type="radio"/> Moderado	<input type="radio"/> Severo	<input type="checkbox"/> Déficit intelectual:	<input type="radio"/> Brando <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
<b>Abdominal/Renal</b>					
<input type="checkbox"/> Defeito/anomalia da parede abdominal	<input type="checkbox"/> Hérnia inguinal ou umbilical	<input type="checkbox"/> Malformação renal	<input type="checkbox"/> Outro: _____		
<b>Endócrina/Metabólica</b>					
<input type="checkbox"/> Hipocalcemia	<input type="checkbox"/> Hipercalcemia	<input type="checkbox"/> Hipogonadismo	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Cardíacas</b>					
<input type="checkbox"/> Estenose aórtica	<input type="checkbox"/> Defeito do septo atrial	<input type="checkbox"/> Atresia pulmonar	<input type="checkbox"/> Estenose de válvula pulmonar	<input type="checkbox"/> Tetralogia de Fallot	
<input type="checkbox"/> Coarctação da aorta	<input type="checkbox"/> Defeito do septo ventricular	<input type="checkbox"/> Atresia da válvula mitral	<input type="checkbox"/> Estenose da artéria pulmonar	<input type="checkbox"/> Transposição das grandes artérias	
<input type="checkbox"/> Outro: _____					<input type="checkbox"/> Truncus Arteriosus
<b>Craniofacial</b>					
<input type="checkbox"/> Aniridia	<input type="checkbox"/> Fenda labial/palatina	<input type="checkbox"/> Craniossinostose	<input type="checkbox"/> Occipital plano ou proeminente	<input type="checkbox"/> Macrocefalia	
<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Coloboma ocular	<input type="checkbox"/> Deformidades da orelha	<input type="checkbox"/> Frontal proeminente	<input type="checkbox"/> Microcefalia	
<input type="checkbox"/> Outro: _____					<input type="checkbox"/> Fístula/Sinus pré-auricular



## Genitais

 Malformações do ânus/reto  Genitália ambígua  Criptorquidia  Hipogonadismo  Outro: \_\_\_\_\_

## Esqueléticas/Articulares

 Clinodactilia  Pé boto/torto  Limitação articular  Anomalias das costelas  Escoliose  Anomalias do polegar ou rádio  
 Outro: \_\_\_\_\_

## Histórico Familiar

 Anomalias congênitas  Retardo mental  Abortos recorrentes  Consanguinidade parental? Se sim, grau da relação: \_\_\_\_\_  
 Outro: \_\_\_\_\_

## Etnia Parental

Materna:  Caucasiana  Afroamericana  Indígena  Asiática  Judia  Outro(s): \_\_\_\_\_Paterna:  Caucasiana  Afroamericana  Indígena  Asiática  Judia  Outro(s): \_\_\_\_\_

## Paciente já realizou outro estudo cromossômico (Cariótipo ou outro)?

 Não  Sim. Qual o resultado? \_\_\_\_\_

x

\_\_\_\_\_  
Paciente, Responsável ou Médico solicitante (com carimbo contendo o CRM)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_