



SETOR DE CITOGENÉTICA

Questionário para exames de Cariótipo/FISH/DEB

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO PACIENTE

PACIENTE: _____

PASSAGEM: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: _____

MÉDICO: _____ TELEFONE: _____

1. Exame Solicitado:

- Cariótipo com banda G – Constitucional (pós-natal)
- Cariótipo com banda G – Oncohematológico
- Cariótipo e Pesquisa de Quebras Cromossômicas (DEB-teste)
- FISH – Oncohematológico. Qual? _____

2. Tipo de amostra:

- Sangue periférico em heparina sódica
- Medula óssea em heparina sódica
- Sangue periférico – Amostra fixada
- Medula óssea – Amostra fixada

3. Motivo de solicitação do exame:

Constitucional / Pesquisa de quebras cromossômicas (DEB):

- Baixa estatura
- Puberdade tardia
- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- Deficiência intelectual
- Alterações congênicas
- Autismo
- Ambiguidade genital
- Aborto de repetição
- Infertilidade
- Amenorreia
- Trissomia do cromossomo 13: Síndrome de Patau
- Trissomia do cromossomo 18: Síndrome de Edwards
- Trissomia do cromossomo 21: Síndrome de Down
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Klinefelter
- Aplasia de medula óssea
- Outros: _____

Oncohematológico:

- LMC (cromossomo Philadelphia)
- LMA
- LLC
- LLA
- Síndrome mielodisplásica (SMD)
- Linfoma: _____
- Mieloma múltiplo
- Aplasia de medula óssea
- Outros: _____

Já fez Quimioterapia? Sim Não

Já fez Transplante (TMO)? Sim Não

Doador: Feminino Masculino

4. Possui cariótipo anterior? Se sim, especificar a data e o resultado:

Não Sim _____

5. Outras informações pertinentes ao caso / História clínica resumida:

Em caso de dúvida entre em contato com o Laboratório Clínico, no telefone: 2151-5555