

Nome do paciente			Data Nasc.
Endereço			CEP
Telefone	Celular	e-mail	
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indeterminado
Análise Solicitada	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMA com alta resolução	
Indicação Clínica			

Informações clínicas necessárias para a realização e interpretação da análise genética.

Ancestralidade / Origem do paciente	<input type="checkbox"/> Caucasiano	<input type="checkbox"/> Portuguesa ou espanhola	<input type="checkbox"/> Afrodescendente
<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Judeu Ashkenazi	<input type="checkbox"/> Outros Judeus
			<input type="checkbox"/> Outros: _____

História Familiar do Paciente	
Mãe (Nome completo): _____	
Data de nasc.: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Assintomático
Outros sinais e/ou sintomas: _____	

Pai (Nome completo): _____	
Data de nasc.: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Assintomático
Outros sinais e/ou sintomas: _____	

Outros parentes do paciente com mesma sintomatologia ou correlatas (Grau de parentesco): _____	
Descreva: _____	

_____	____/____/____	Etiqueta de Identificação
Assinatura / Carimbo do Médico	Data da Solicitação	

O preenchimento do quadro abaixo é necessário para facilitar a interpretação dos resultados obtidos na análise.

Aborto de repetição	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Parto prematuro	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Atraso no desenvolvimento intrauterino	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Atraso de desenvolvimento motor	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Atraso da fala	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Déficit de desenvolvimento neuropsicomotor (failure to thrive)	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Regressão do desenvolvimento	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Autismo	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Perda de audição	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Hipotonia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Hipertonia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Convulsões	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Ataxia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Movimentos anormais	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Características dismórficas	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Baixa estatura	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Alta estatura	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Microcefalia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Macrocefalia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Aumento da elasticidade articular	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Contraturas articulares	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Obesidade	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Anormalidade estrutural cerebral	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Anormalidades oculares	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Perda da Visão	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Cardiopatias congênicas	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Anormalidades renais	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Anormalidades esqueléticas	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Escoliose	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Membros mal formados	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Anormalidades na pele	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Anormalidades genitais	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Visceromegalia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Hemi-hipertrofia	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____
Câncer / Tumoração	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	_____

