

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PARA CARIÓTIPO
PRODUTO DE CONCEPÇÃO (ABORTO)

O preenchimento desse questionário e o pedido médico são essenciais para a realização e correta interpretação do exame.

Instituição	Código no DLE		
Médico Solicitante	CRM		
Nome do paciente	Data Nasc.		
Telefone	Celular	e-mail	
Idade Gestacional	_____ semanas _____ dias	DUM	___/___/___
Sexo fetal ao ultrassom , prenatal teste (NIPT) ou sexagem fetal	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indeterminado

Informações clínicas necessárias para a realização e interpretação da análise.

Houve abortos anteriores? Sim Quantos? _____ Não

Informações Complementares

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Idade Materna Avançada | <input type="checkbox"/> Aborto retido - Embrião ou Feto retido há _____ dias |
| <input type="checkbox"/> Malformações detectadas em ultra-sonografia * | <input type="checkbox"/> Translucência Nucal aumentada: _____ mm |
| <input type="checkbox"/> Filho anterior com malformações ou anomalias cromossômicas * | |
| <input type="checkbox"/> História de perdas anteriores * | |
| <input type="checkbox"/> História familiar de condições genéticas * | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

* Detalhe aqui o caso: _____

Assinatura / Carimbo do Médico

Etiqueta de Identificação

_____/_____/_____
Data da Solicitação

_____/_____/_____:_____
Data e hora da Coleta

ATENÇÃO: Redobrar os cuidados com assepsia, pois a falta desta é a maior causa de problemas na cultura celular, levando à necessidade de recoleta.