

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PARA CARIÓTIPO
BIÓPSIA DE PELE (FIBROBLASTOS)

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			
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indeterminado		

Informações clínicas necessárias para a realização e interpretação da análise.

Indicação Clínica

Pesquisa de mosaicismo - Indicar: _____

Cariótipo de sangue alterado - Indicar: _____

Suspeita de síndrome - Indicar: _____

Natimorto: _____

Outras indicações e informações complementares: _____

Uso de medicamento - especificar

Resumo da história clínica

_____ 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.