

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PARA CARIÓTIPO DIAGNÓSTICO CONSTITUCIONAL OU DOENÇA HEMATOLÓGICA

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.

Preencher somente o campo correspondente ao exame solicitado, de acordo com a indicação clínica.

Cariótipo de sangue constitucional

- Genitália Ambígua / Determinação de sexo
- Déficit Intelectual / Dificuldade de aprendizado
- Baixa Estatura ou Atraso de Crescimento
- Amenorréia (ausência de menstruação)
- Abortos recorrentes
- Síndrome a esclarecer
- Infertilidade
- Outras indicações e informações complementares:

Uso de medicamento - especificar _____

Cariótipo para diagnóstico de doença hematológica

Amostra enviada: Sangue periférico Medula óssea

- Leucemia - Especificar _____
- Linfoma - Especificar _____
- Anemia
- Outro _____
- Acompanhamento - Informar diagnóstico inicial e alteração citogenética anterior (se houver): _____

- Pós-transplante de medula óssea (informar sexo do doador):
 Feminino Masculino

IMPORTANTE

A realização de cariótipo para doenças hematológicas em sangue periférico só é possível se houver presença de pelo menos 20% de blastos na amostra (enviar hemograma).

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.