

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PARA CARIÓTIPO
PESQUISA DE QUEBRAS CROMOSSÔMICAS COM DEB

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.				
Etnia	Naturalidade	Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indeterminado
Grau de parentesco entre os pais (consaguinidade)	Nº de irmãos				
Hipótese diagnóstica					

Informações clínicas necessárias para a realização e interpretação da análise.

Retardo no crescimento	<input type="checkbox"/> Baixa estatura	<input type="checkbox"/> Outro _____				
Alterações na pele	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim (especifique) _____				
Alterações renais e urinárias	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não realizado exame de imagem	<input type="checkbox"/> Sim (especifique) _____			
Alterações oculares	<input type="checkbox"/> Microftalmia	<input type="checkbox"/> Outro _____				
Alterações nos membros superiores (Polegar e/ou Rádio)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim () Esquerdo () Direito	<input type="checkbox"/> Outro _____			
Anormalias Esqueléticas (não de rádio e polegar)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim (especifique) _____				
Dificuldades no aprendizado	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim				
Sangue periférico	Hb/Ht: _____	Plaquetas: _____	Leucócitos: _____ mm3	Neutrófilos: ____%	Linfócitos ____%	Monócitos ____%
Outros dados relevantes	_____ _____ _____					

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.