

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		
Médico que coletou o material	CRM		
Nome do paciente	Data Nasc.		
Telefone	Celular	e-mail	
Idade Gestacional	_____ semanas _____ dias	DUM	___/___/___
Sexo fetal ao ultrassom , prenatalteste (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.

Amostra enviada: Vilo Corial Líquido Amniótico Cordocentese

Indicação Clínica

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Idade materna | <input type="checkbox"/> Alteração na triagem bioquímica pré-natal (TRF) ou Prenateste (NIPT) |
| <input type="checkbox"/> Aborto recorrente | <input type="checkbox"/> Alteração na ultrasonografia |
| <input type="checkbox"/> Pais com alteração cromossômica | <input type="checkbox"/> Filho anterior com alteração cromossômica ou malformação |
| <input type="checkbox"/> Translucência Nucal aumentada: _____ mm | <input type="checkbox"/> História familiar de condições genéticas (detalhar abaixo) |
| <input type="checkbox"/> Outras indicações e informações complementares: _____ | |

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.