

Questionário para exames de Cariótipo/FISH/DEB

**PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER
ETIQUETA DO PACIENTE**

PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO: _____

DATA NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: _____

MÉDICO: _____

CRM: _____ TELEFONE: _____

1. Exame Solicitado:

- Cariótipo com banda G – Constitucional (pós-natal)
- Cariótipo com banda G – Oncohematológico
- Cariótipo e Pesquisa de Quebras Cromossômicas (DEB-teste)
- FISH – Oncohematológico. Qual? _____

2. Tipo de amostra:

- Sangue periférico em heparina sódica
- Medula óssea em heparina sódica
- Biópsia em meio de coleta. Qual? _____
- Sangue periférico – Amostra fixada
- Medula óssea – Amostra fixada
- Lâmina de *imprint* ou esfregaço. Qual tecido? _____

3. Motivo de solicitação do exame:

Constitucional / Pesquisa de quebras cromossômicas (DEB):

- Baixa estatura
- Puberdade tardia
- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- Deficiência intelectual
- Alterações congênitas
- Autismo
- Ambiguidade genital
- Amenorreia
- Aborto de repetição
- Infertilidade
- Aconselhamento genético
- Trissomia do cromossomo 13: Síndrome de Patau
- Trissomia do cromossomo 18: Síndrome de Edwards
- Trissomia do cromossomo 21: Síndrome de Down
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Klinefelter
- Aplasia de medula óssea
- Outros: _____

Oncohematológico:

- LMC (cromossomo Philadelphia)
- LMA
- LLC
- LLA
- Síndrome mielodisplásica (SMD)
- Linfoma: _____
- Mieloma múltiplo
- Aplasia de medula óssea
- Outros: _____

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Já fez Quimioterapia? | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Já fez Transplante (TMO)? | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| Doador: | <input type="radio"/> Feminino | <input type="radio"/> Masculino |

4. Possui cariótipo anterior? Se sim, especificar a data e o resultado:

- Não Sim _____

5. Outras informações pertinentes ao caso / História clínica resumida: