

## 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: