

Paciente:		A preencher pela InSitus Genética Colar etiqueta
Nome da mãe:		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento:	
CPF:	RG:	
Médico requisitante:		CRM:
Hospital/Laboratório:		E-mail:
Endereço:		
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:		Celular:
Carimbo e assinatura:		

### Dados do exame solicitado:

Data da coleta:	Local da coleta:
<input type="checkbox"/> Cariótipo	<input type="checkbox"/> FISH - Painel pré-natal
Material: <input type="checkbox"/> Vilosidade coriônica	<input type="checkbox"/> Líquido amniótico <input type="checkbox"/> Sangue fetal (cordão umbilical)

### Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD):

Idade gestacional:	semanas.	DUM	/	/	JG:
Idade materna avançada:		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	
Aborto de repetição:		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	
Resultado ultrassonográfico anterior:		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Qual?	
Já foi realizado cariótipo do casal?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Resultado:	
Faz uso de medicamentos?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Qual?	
Há histórico de doença genética na família?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Qual?	
Os conjugues têm grau de parentesco?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Qual?	
Exposição ao raio X?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim.	