

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:

Cariótipo:	<input type="checkbox"/> Constitucional (sangue periférico)	<input type="checkbox"/> Anemia de Fanconi (sangue periférico)
	<input type="checkbox"/> Constitucional análise de 50 células	<input type="checkbox"/> Constitucional análise de 100 células

Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD):

Infertilidade:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
História prévia de abortos espontâneos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos?
Anomalias congênitas:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quais?
Faz uso de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quais?
Irmão portador de Anemia de Fanconi?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Alteração fenotípica:

<input type="checkbox"/> retardo de crescimento
<input type="checkbox"/> manchas na pele
<input type="checkbox"/> alteração rim/vias urinárias
<input type="checkbox"/> alteração esquelética
<input type="checkbox"/> outras:

Possui cariótipo anterior?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Resultado:
----------------------------	------------------------------	--