

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: \_\_\_\_\_ Hora da coleta: \_\_\_\_\_ Material:  Sangue periférico

### Dados clínicos:

Hipótese Diagnóstica (HD): \_\_\_\_\_

### Exames Solicitados:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CGH Array + SNP                       | <input type="checkbox"/> HFE/C282Y e H63D - Mutações (Hemocromatose) |
| <input type="checkbox"/> CFTR F508 - Mutação (Fibrose cística) | <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman - Metilação           |
| <input type="checkbox"/> Cromossomo Y - Microdeleção           | <input type="checkbox"/> X-frágil - Síndrome                         |

### Informações clínicas:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atraso do desenvolvimento global      | <input type="checkbox"/> Surdez                    | <input type="checkbox"/> Déficit intelectual    |
| <input type="checkbox"/> Atraso do desenvolvimento motor       | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia              | <input type="checkbox"/> Fenda labial palatina  |
| <input type="checkbox"/> Atraso do crescimento                 | <input type="checkbox"/> Convulsões                | <input type="checkbox"/> Deformidades da orelha |
| <input type="checkbox"/> Baixa estatura                        | <input type="checkbox"/> Déficit de aprendizagem   | <input type="checkbox"/> Frontal proeminente    |
| <input type="checkbox"/> Restrição do crescimento intrauterino | <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais | <input type="checkbox"/> Genitália ambígua      |
| <input type="checkbox"/> Crescimento estrutural exacerbado     | <input type="checkbox"/> Espectro do autismo       | <input type="checkbox"/> Pé boto/torto          |
|  |  | <input type="checkbox"/> Outro                  |

Outras alterações neurológicas? Quais? \_\_\_\_\_

Alterações abdominais/renais? Quais? \_\_\_\_\_

Alterações endócrinas/metabólicas? Quais? \_\_\_\_\_

Alterações cardíacas? Quais? \_\_\_\_\_

Alterações craniofacial? Quais? \_\_\_\_\_

Alterações genitais? Quais? \_\_\_\_\_

Tratamento para infertilidade?  Não  Sim

Alterações esqueléticas? Quais? \_\_\_\_\_

Há histórico familiar de doenças? Quais? \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Pais com idade avançada?  Não  Sim

Idade dos pais: \_\_\_\_\_

Etnia parenteral:

Materna:  Europeia  Afroamericana  Indígena  Asiática  Judia  Outro:

Paterna:  Europeia  Afroamericana  Indígena  Asiática  Judia  Outro:

Paciente já realizou algum destes exames ou outro estudo cromossômico (cariótipo)?  Não  Sim

Qual resultado? \_\_\_\_\_