

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"/> RB1 - Mutação (Retinoblastoma) |
| <input type="checkbox"/> CFTR F508 - Mutação (Fibrose cística) | <input type="checkbox"/> TP53 - Mutação - sequenciamento (Síndrome de Li-Fraumeni 1-LFS1) |
| <input type="checkbox"/> Cromossomo Y - Microdeleção | <input type="checkbox"/> TP53, gene - MLPA - Síndrome de Li-Fraumeni |
| <input type="checkbox"/> HFE/C282Y e H63D - Mutações (Hemocromatose) | <input type="checkbox"/> TP53, gene - estudo molecular da mutação R337H |
| <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman - Metilação | <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 |

Outras alterações neurológicas? Quais? _____

Alterações abdominais/renais? Quais? _____

Alterações endócrinas/metabólicas? Quais? _____

Alterações cardíacas? Quais? _____

Alterações craniofacial? Quais? _____

Alterações genitais? Quais? _____

Alterações esqueléticas? Quais? _____

Há histórico familiar de doenças? Quais? _____

Etnia parenteral:

Materna: Caucasiana Afroamericana Indígena Asiática Judia Outro:

Paterna: Caucasiana Afroamericana Indígena Asiática Judia Outro:

Paciente já realizou outro estudo cromossômico (cariótipo ou outro)? não sim

Qual resultado? _____