

## SETOR DE CITOGENÉTICA

### Cariótipo e Pesquisa de Quebras Cromossômicas (DEB)

#### PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA DO PACIENTE

PACIENTE: \_\_\_\_\_

PASSAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

Outras informações pertinentes ao caso:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Questionário

#### 1. Motivo da realização do exame:

Alteração Hematológica? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

Portador de neoplasias sólidas: ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

Irmão (ã) de Portador de Anemia de Fanconi: ( ) Não ( ) Sim

Alteração Fenotípica: ( ) Não ( ) Sim, qual? ( ) Retardo de crescimento;

( ) Manchas na pele

( ) Alteração rim/vias urinárias ao USG

( ) Alterações esqueléticas

( ) Outras: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida entre em contato com o Laboratório Genomika, no telefone: 3003-0608

Formulário Cariótipo e Pesquisa de Quebras versão 1.0/2019