

CARIÓTIPO

(anexar cópia de pedido médico)

Médico: _____ CRM: _____

Nome do paciente: _____

Protocolo nº: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino
 Feminino
 Indeterminado

Fazendo uso de Medicamentos? Não Sim. Quais? _____

Data da coleta: ____/____/____

Hora: _____

- Tipo de amostra:
- Sangue periférico ou de cordão umbilical em heparina G sódica
 - Aspirado medular em heparina G sódica
 - Líquido amniótico. Idade Gestacional: ____ semanas ____ dias
 - Vilo coriônico em meio de transporte. I.G.: ____ semanas ____ dias
 - Restos ovulares em meio de transporte. I.G.: ____ semanas ____ dias
 - Fragmento de pele em meio de transporte.

Obs.: meio de transporte fornecido pelo Laboratório. Solicitar pelo telefone (11) 3229-2254

EXAME SOLICITADO:

- Cariótipo Constitucional (Banda G)
- Cariótipo Fetal (vilo coriônico, líquido amniótico, sangue de cordão umbilical, restos ovulares)
- Cariótipo para Pesquisa de Quebras Cromossômicas (DEB)
- Cariótipo Tumoral (medula óssea ou sangue periférico com >20% blastos circulantes)
Último leucograma (leucócitos totais): _____ mm³
- Cariótipo Pele

SUSPEITA CLÍNICA:

- Síndrome Genética / Malformação Qual? _____
- Baixa Estatura
- Retardo / Autismo / Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor
- Infertilidade Casal/ Aborto / Aconselhamento Genético
- Obesidade
- Doença Onco-hematológica / Leucemia Qual? _____

Principais Achados Clínicos (e outras observações relevantes): _____