

## 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): \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>
- 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): \_\_\_\_\_