

QUESTIONÁRIO FERTILIDADE

Favor preencher **TODOS** os dados abaixo e com letra legível para que a análise possa ser realizada com informações corretas.

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo de nascimento: () Masculino () Feminino CPF: _____

Instituição solicitante: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Médico solicitante: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Autorização para exame em menor de idade

Declaro que eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, nascido(a) no dia ____/____/____ sou responsável legal pelo(a) menor de idade _____ e autorizo o laboratório a realizar exames e análises clínicas, conforme necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

MATERIAL: () Soro () Sangue periférico () Outros _____

Semanas de gestação: _____ Gemelar: () Sim () Não

Nome do coletador: _____

Data de coleta ____/____/____ Horário da coleta: ____:____

Indicações clínicas: _____

CITOMETRIA DE FLUXO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atividades de células Natural Killer | <input type="checkbox"/> Quantificação de células Natural Killer |
| <input type="checkbox"/> Fragmentação do DNA espermático* | <input type="checkbox"/> Perfil de citocinas |

*Concentração espermograma: _____

CITOGENÉTICA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cariótipo constitucional | <input type="checkbox"/> Cariótipo em sangue de cordão umbilical |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em vilo corial | <input type="checkbox"/> Cariótipo DEB teste |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em material de aborto | <input type="checkbox"/> Cariótipo análise 50 células (mosaicismo) |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Cariótipo análise 100 células (mosaicismo) |

BIOLOGIA MOLECULAR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden e Mutação de Protrombinas | <input type="checkbox"/> Homocisteinemia (C677T, A1298C – MTHFR) |
| <input type="checkbox"/> Protrombina – detecção da mutação g20210A | <input type="checkbox"/> Genotipagem KIR |
| <input type="checkbox"/> Plasminogênio Tissular (4G/5G – PA 1) | <input type="checkbox"/> Genotipagem KIR + HLA – C |
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden | <input type="checkbox"/> Tipagem HLA - C |

SOROLOGIA E HORMÔNIOS

- Hormônio Anti-Mülleriano