

Paciente: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Médico: _____ CRM: _____

E-mail do médico: _____ Telefone do médico: (____) _____

Data de coleta: ____/____/____ Material coletado: _____

Autorização para exame em menor de idade

Declaro que eu, _____, portador(a) do CPF n° _____, 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.

Prezado cliente,

Você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado. **Por gentileza preencher todos os campos e entregá-lo no momento da coleta.**

1. Você apresenta ou tem suspeita clínica de alguma das doenças abaixo:

- Varicocele (varizes do testículo)
- Obstrução do ducto espermático
- Ausência de esperma sem obstrução do ducto espermático (azoospermia)
- Diminuição da concentração de esperma (Oligospermia)
- Fibrose Cística
- Alteração na morfologia e/ou motilidade dos espermatozoides
- Desconheço

2. Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

Sim Não Se sim, especifique o grau de parentesco (avó, pai, irmão, tio): _____

3. Você já realizou ou realiza tratamento para infertilidade?

Sim Não Se sim, quando? _____

4. Você já realizou exames moleculares para o diagnóstico de infertilidade?

- Sim
- Não
- Não me recordo

Se sim, qual exame? _____

Data: ____/____/____

Assinatura