

ESTUDO CITOGENÉTICO DE SANGUE PERIFÉRICO

IDENTIFICAÇÃO:	Data - ___/___/201___	
Nome - _____	CPF _____	
Sexo - _____	Idade - _____	Data nasc. - ___/___/___
Médico - _____	Fone - _____	
Serviço - _____	Registro no Hospital - _____	
MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME: _____ _____		
ESTUDO A SER REALIZADO: Cariótipo com Bandas <input type="checkbox"/> Cariótipo de alta resolução <input type="checkbox"/> <u>Cariótipo com pesquisa de Quebras cromossômicas:</u> - Quebras <input type="checkbox"/> - Fanconi <input type="checkbox"/> - Ataxia telangiectasia <input type="checkbox"/> - Trocas de Cromátides Irmãs <input type="checkbox"/>		
Coletar 2-3 ml de sangue, em tubo a vácuo, estéril, com heparina ou em seringa heparinizada (com Heparina sódica).		
<u>OBSERVAÇÕES:</u> Endereço - _____ CEP _____ - _____ Fone p/ contato - () - _____ E-mail - _____ Nome de Responsável - _____ Hospital / lab - _____		

Horário de recebimento: 2ª a 6ª feira das 9 às 12:30 e 13:30 às 18:00 h.

FORMULÁRIO 1