

**ESTUDO CITOGENÉTICO PRÉ-NATAL**

<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>	Data - ___/___/201___	Hora da coleta- _____
Nome - _____	CPF _____	
Idade - _____	Data nasc. - ___/___/___	
Médico - _____	Fone - _____	
Serviço- _____	Fone - _____	
<b>INDICAÇÃO DO EXAME:</b> _____ _____		
DUM : ___/___/___	IG : _____	IG p/ Ecografia : _____
<b>HISTÓRIA PREGRESSA:</b>		
GESTA : _____	PARA : _____	ABO espontâneos : _____
Consangüinidade :	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
História de malformado prévio?	_____	
Deseja saber o sexo cromossômico? –	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>MATERIAL ENCAMINHADO:</b>		
Vilo Corial -	<input type="checkbox"/>	
Líquido Amniótico -	<input type="checkbox"/>	Número de seringas - ____ Volume - ____ Aspecto - _____
Líquido Higroma Cístico -	<input type="checkbox"/>	Número de seringas - ____ Volume - ____
Sangue do cordão (COLETAR EM SERINGA HEPARINIZADA ESTÉRIL. NÃO COLETAR EM EDTA OU CITRATO)	<input type="checkbox"/>	
<b><u>OBSERVAÇÕES:</u></b>		
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 3**