

ESTUDO CITOGENÉTICO DE SANGUE PERIFÉRICO, EM RECÉM-NASCIDO, COM TEMPO ESPECIAL DE ANÁLISE

IDENTIFICAÇÃO:	Data - ___/___/201___
Nome - _____	CPF _____
Sexo - _____ Cor - _____	Idade - _____ Data nasc. - ___/___/___
Médico - _____	Fone - _____
Serviço- _____	
MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME: _____ _____	
ESTUDO A SER REALIZADO: Cariótipo com Bandas <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.