

ESTUDO CITOGENÉTICO DE SANGUE PERIFÉRICO**IDENTIFICAÇÃO:**

Data - ____/____/____

Nome - _____

CPF _____

Sexo - ____

Idade - ____

Data nasc. - ____/____/____

Nome da mãe- _____

Médico - _____

CRM: _____

Fone do médico- _____

MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME:_____
_____SUSPEITA DE: TRISSOMIA 13? ☐OU TRISSOMIA 18? ☐**ESTUDO A SER REALIZADO:**Cariótipo com Bandas: ☐Cariótipo de Alta Resolução: ☐Cariótipo com Bandas – Contagem de 100 células: ☐

Cariótipo com pesquisa de Quebras cromossômicas:

- Quebras simples ☐- Fanconi ☐- Ataxia-telangiectasia ☐- Troca de cromátides-irmãs ☐

Coletar 2-3 ml de sangue, em Vacutainer estéril com heparina ou seringa heparinizada (com heparina sódica). **Não coletar de acesso venoso ou catéter.**

OBSERVAÇÕES:

Fone p/ contato - () - _____

Endereço - _____

Bairro - _____ Cidade - _____ CEP - _____

Nome de Responsável - _____

E-mail - _____

SCAN: