

ESTUDO CITOGENÉTICO PRÉ-NATAL**IDENTIFICAÇÃO:**

Data - ____/____/____

Hora da coleta- _____

Nome - _____

CPF _____

Sexo - ____

Idade - ____

Data nasc. - ____/____/____

Nome da mãe- _____

Médico - _____

CRM: _____

Fone do médico- _____

MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME:_____

DUM: ____/____/____

IG: _____

IG p/ Ecografia: _____

HISTÓRIA PREGRESSA:

Nº GESTAÇÕES: _____ Nº PARTOS: _____ ABO espontâneos: _____

Consangüinidade:

☐ Sim☐ Não

História de malformado prévio? _____

Deseja saber o sexo cromossômico? –

☐ Sim☐ Não**MATERIAL ENCAMINHADO:**Vilo Corial – ☐Líquido Amniótico - ☐

Número de seringas - ____ Volume - ____ Aspecto - _____

Sangue do cordão - ☐**COLETAR EM SERINGA HEPARINIZADA ESTÉRIL.
(NÃO COLETAR EM EDTA OU CITRATO).****OBSERVAÇÕES:**

Fone p/ contato - () - _____

Endereço - _____

Bairro - _____ Cidade - _____ CEP - _____

Nome de Responsável - _____

E-mail - _____

SCAN: