

ESTUDO CITOGENÉTICO DE RESTOS OVULARES**IDENTIFICAÇÃO:**

Data - ____/____/____

Hora da coleta - _____

Nome - _____

CPF _____

Idade - _____

Data nasc. - ____/____/____

Nome da mãe - _____

Médico - _____

CRM - _____

Fone do médico - _____

Serviço de Ecografia - _____ Fone - _____

MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO EXAME:_____
_____**IDADE GESTACIONAL:** _____**HISTÓRIA PREGRESSA:**

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

Consangüinidade: ☐ Sim ☐ Não

História de malformado prévio? _____

MATERIAL ENCAMINHADO:Restos Ovulares - ☐Tecido/biópsia fetal - ☐ Qual? - _____**OBSERVAÇÕES:**

Fone p/ contato - () - _____

Endereço - _____

Bairro - _____ Cidade - _____ CEP - _____

Nome de Responsável - _____

E-mail - _____

SCAN