

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA SOLICITAÇÃO DO EXAME “FATOR V LEIDEN,
ANÁLISE DE MUTAÇÃO”**

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Data: ____/____/____

1- História Clínica do paciente

2- Paciente apresenta trombose venosa?

De qual tipo:

() trombose venosa () trombose venosa recorrente

() trombose venosa em veia cerebral () trombose venosa mesentérica

() trombose venosa hepática

3- Paciente é gestante? () SIM () NÃO

4- Utiliza contraceptivos orais? () SIM () NÃO

5- Paciente tem história clínica do Infarto do Miocárdio?

6 – Existe na família casos de trombose venosa? Caso sim, qual o grau de parentesco e em qual idade desenvolveu a doença. OBS: enviar laudos comprovatórios do familiar.

