Solicitação de Exames de Genética

Unimed Maringá

Identificação do Paciente

Nome

Data de Nascimento

Sexo
☐ Feminino ☐ Masculino

Telefone de Contato

Nome da Mãe

Data de Nascimento

Nome do Pai

Data de Nascimento

Ascendência do Paciente

Lado Materno

☐ Judeu Ashenazi ☐ Oriente Médio ☐ Caucasiano Europeu

☐ Asiático ☐ Latino-americano ☐ Africano

Outros:

Paciente já realizou estudo cromossômico (cariótipo ou outro)?

☐ Sim Se sim, qual o resultado?

☐ Não

Existe parentesco entre os pais?

☐ Sim Se sim, qual o parentesco?

☐ Não

Relate o histórico da gestação (houve algum tipo de doença? Usou medicamento? Houve algum tipo de intervenção?)

☐ Não se aplica

Qual o motivo do encaminhamento do exame?

Existem casos semelhantes na família?

☐ Sim Se sim, qual o grau de parentesco?

☐ Não

Existem casos de aborto ou má-formação na família?

☐ Sim Se sim, qual o grau de parentesco?

☐ Não

O paciente faz uso de medicamento?

☐ Sim Se sim, quais?

☐ Não

Dados clínicos

Exames anteriores pertinentes ao motivo (especialmente se houver algum teste genético prévio)

Exames comprobatórios conforme Diretriz de Utilização da ANS do Rol vigente para doença em estudo. Anexar cópia dos laudos:

Histórico de Câncer

☐ Nenhum

Tipo de Câncer

Idade de diagnóstico

Solicitação de Exames de Genética

Unimed Maringá

Histórico Familiar

☐ Nenhum ou indique os casos de câncer na família

Grau de Parentesco	Tipo de Câncer	Idade de diagnóstico
Família 1:		
Família 2:		
Família 3:		
Família 4:		

Material Coletado

Data da Coleta	Responsável	Telefone do responsável

Exame a Ser Realizado

☐ MLPA	Nome do gene:
☐ Sequenciamento de Região Codificante	Nome do gene:
☐ Sequenciamento de Mutação específica 1	Nome do gene:
(nome da mutação)	Família na qual foi identificada:
☐ Sequenciamento de Mutação específica 2	Nome do gene:
(nome da mutação)	Família na qual foi identificada:
☐ PCR de Mutação Específica	Nome da mutação:
☐ FISH	Região estudada:
☐ CGH-Array	

Observações:

Telefone do Médico:	Nome legível do paciente ou representante legal:
Data:	Data:
Assinatura do Médico	Assinatura do paciente ou representante legal