

## Solicitação de Exames de Genética

### Identificação do Paciente

Nome	Data de Nascimento
Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 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

### 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:

Data:

Assinatura do Médico

Nome legível do paciente ou representante legal:

Data:

Assinatura do paciente ou representante legal