

REQUISITANTE**EXAMES SOLICITADOS:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Jack2 (preencher ficha): _____ | <input type="checkbox"/> Cariótipo pré-natal (preencher ficha): _____ |

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Nascimento: ___/___/___ Naturalidade: _____ Fones: _____
 RG: _____ Órgão/Estado exp.: _____ CPF: _____ Sexo: F M
 Etnicidade: Caucasóide (Branca) Negróide (Negra) Oriental Outra: _____

MATERIAL ENVIADO

DATA DA COLETA: ___/___/___

HORA DA COLETA: ____:____

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangue com EDTA | <input type="checkbox"/> Sangue heparinizado | <input type="checkbox"/> Medula óssea | <input type="checkbox"/> Urina |
| <input type="checkbox"/> Plasma | <input type="checkbox"/> Sangue em papel de vidro | <input type="checkbox"/> Esfregaço bucal | <input type="checkbox"/> Escarro |
| <input type="checkbox"/> Soro | <input type="checkbox"/> Liquor | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Secreção uretral |
| <input type="checkbox"/> Escovado de lesão | <input type="checkbox"/> Biópsia | <input type="checkbox"/> Biópsia em parafina | <input type="checkbox"/> Aspirado brônquico |
| <input type="checkbox"/> Outro Material: _____ | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Medicamentos em uso: _____
 Dieta especial: _____ SIM NÃO SIM NÃO
 outros casos na família consanguinidade entre os pais

OBSERVAÇÕES

 Assinatura do médico: _____ Data: ___/___/___
 Nome do médico: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____

PARA USO DO AMPLICON

Data de recebimento da amostra: _____

Volume aproximado: _____

Assinatura: _____