

Informações Gerais (obrigatório)

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Médico Solicitante

Informações da Amostra

Coletar sangue periférico em tubo com EDTA (tampa roxa)
Volume: 4-8mL (em geral); 1-3mL (infantes apenas). Transportar para o laboratório em temperatura ambiente em até 48 horas após coleta.

Data da Coleta (DD/MM/AAAA)	Horário da Coleta	Local da Coleta
Data de envio a Genomika (DD/MM/AAAA)		Responsável

Teste Requerido

Para análise cariotípica, se faz necessário o envio de requisição para Citogenética e uma amostra de sangue periférico em tubo heparinizado (tampa verde) em temperatura de 4-8°C - informe-se melhor ligando para o Genomika

<input type="checkbox"/> Análise de Variação do Número de Cópias de Genoma Completo por Microarranjo (CGH Array)
<input type="checkbox"/> Análise de Criação do Número de Cópias e Polimorfismos de Nucleotídeo único de Genoma Completo por Microarranjo (CGH Array + SNP)

Informações Clínicas

(Devido à complexidade do teste, informações clínicas detalhadas do paciente são imprescindíveis para interpretação dos resultados. Dessa forma, o preenchimento completo se faz necessário para evitar atrasos no processamento.)

Gerais

Atraso de desenvolvimento global Atraso de desenvolvimento motor Atraso de crescimento Baixa estatura

Restrição do crescimento intrauterino Crescimento estrutural exacerbado Outro: _____

Neurológicas

Agenesia do coropo caloso Ataxia Malformação de Chiari: Hipotonia Lisencefalia Convulsões

Surdez Hidrocefalia Hipertonia Outro: _____

Déficit de aprendizagem: Brando Moderado Severo Espectro do autismo: Brando Moderado Severo

Problemas comportamentais: Brando Moderado Severo Déficit intelectual: Brando Moderado Severo

Abdominal/Renal

Defeito/anomalia da parede abdominal Hérnia inguinal ou umbilical Malformação renal Outro: _____

Endócrina/Metabólica

Hipocalcemia Hipercalemia Hipogonadismo Hipotiroidismo Outro: _____

Cardíacas

Estenose aórtica Defeito do septo atrial Atresia pulmonar Estenose de válvula pulmonar Tetralogia de Fallot

Coarctação da aorta Defeito do septo ventricular Atresia da válvula mitral Estenose da artéria pulmonar Transposição das grandes artérias

Outro: _____ Truncus Arteriosus

Craniofacial

Aniridia Fenda labial/palatina Craniossinostose Occipital plano ou proeminente Macrocefalia

Catarata Coloboma ocular Deformidades da orelha Frontal proeminente Microcefalia

Outro: _____ Fístula/Sinus pré-auricular

Genitais

Malformações do ânus/reto Genitália ambígua Criptorquidia Hipogonadismo Outro: _____

Esqueléticas/Articulares

Clinodactilia Pé boto/torto Limitação articular Anomalias das costelas Escoliose Anomalias do polegar ou rádio
 Outro: _____

Histórico Familiar

Anomalias congênitas Retardo mental Abortos recorrentes Consanguinidade parental? Se sim, grau da relação: _____
 Outro: _____

Etnia Parental

Materna: Caucasiana Afroamericana Indígena Asiática Judia Outro(s): _____

Paterna: Caucasiana Afroamericana Indígena Asiática Judia Outro(s): _____

Paciente já realizou outro estudo cromossômico (Cariótipo ou outro)?

Não Sim. Qual o resultado? _____

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento para análise por CGH Array juntamente com o paciente e/ou responsável.

x _____
Médico solicitante com carimbo contendo o CRM

Data: ____ / ____ / ____