Formulário para Solicitação de Exames de Genética.
Síndromes de Neoplasias Familiares, Síndromes Genéticas Específicas, Síndromes de Deficiência Intelectual Associada à Anomalia Congênita Não Reconhecida

Identificação do paciente

Nome:_____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Sexo F ☐ M ☐

Nome da Mãe:_____ Data de Nascimento: _____/_____/_____

Nome do Pai:_____ Data de Nascimento: _____/_____/_____

Telefone do paciente (contato):

_____

Ascendência do paciente: Lado materno:

Judeu Ashkenazi ☐ Oriente Médio ☐ Caucasiano europeu ☐
Asiático ☐ Latino-americano ☐ Africano ☐ Outros:_____

1 – Paciente já realizou estudo cromossômico (cariótipo ou outro)? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual o resultado?

_____

2 – Existe parentesco entre os pais? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual parentesco?

_____

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

_____

_____

4 – Qual o motivo do encaminhamento do exame?

_____

_____

5 – Existem casos semelhantes na família? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, em qual grau de parentesco?_____

6 - Existem casos de aborto ou má-formação na família? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, em qual grau de parentesco?_____

7 - O paciente faz uso de medicamento? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, quais?_____

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 do Paciente:

☐ Nenhum

☐ Tipos de câncer: _____ Idade de diagnóstico: _____

_____ Idade de diagnóstico: _____

Histórico familiar:

☐ Nenhum ou indique os casos de câncer na família:

Grau de parentesco	**Tipo de Câncer**	**Idade de diagnóstico**
Familiar 1:		
_____	_____	_____
Familiar 2:		
_____	_____	_____
Familiar 3:		
_____	_____	_____
Familiar 4:		
_____	_____	_____

Material coletado:_____

Data da coleta:_____/_____/_____

Responsável:_____

Telefone contato 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 _____	Familiar na qual foi identificada: _____
☐ Sequenciamento de Mutação Específica 2	Nome do gene: _____
Nome da mutação _____	Familiar na qual foi identificada: _____
☐ PCR de Mutação Específica	Nome da mutação: _____
☐ FISH	Região estudada: _____
☐ CGH-Array	

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura do médico: _____

Data: _____/_____/_____

Telefone do médico: _____

Assinatura do paciente ou representante legal:

_____

Data: _____/_____/_____

Nome legível do representante legal (se aplicável):

_____