

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

As informações obtidas neste questionário são imprescindíveis para a correta execução do exame e correta interpretação dos resultados obtidos. Pedimos que todos os campos sejam preenchidos (caso existam resultados relacionados, pedimos que os mesmos sejam anexados a este questionário).

Dados do solicitante

Hospital/Clínica: _____

Nome completo: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

CRM: _____ Data da solicitação: ____/____/____

Dados da amostra

Data da coleta: ____/____/____ Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino E-mail: _____

Telefone: _____ Peso: _____Kg

Dados clínicos

Suspeita clínica: _____

Principais sintomas clínicos: _____

Antecedentes familiares (especificar parentesco): _____