

COLE AQUI  
ETIQUETA DB

## RQ-0697 QUESTIONÁRIO - EXAMES GENÉTICOS

**\*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: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Data de solicitação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Dados da amostra

Data de solicitação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo de amostra: \_\_\_\_\_

### Dados do paciente

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_ Kg.

### Dados clínicos

Suspeita clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Principais sintomas clínicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes familiares (especificar parentesco): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_