|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente** |
| Nome      | Data de Nascimento      |
| Sexo[ ]  Feminino [ ]  Masculino | Telefone de Contato      |
| Nome da Mãe      | Data de Nascimento      |
| Nome do Pai      | Data de Nascimento      |
| **Ascendência do Paciente** |
| Lado Materno |
| [ ]  Judeu Ashenazi | [ ]  Oriente Médio | [ ]  Caucasiano Europeu |
| [ ]  Asiático | [ ]  Latino-americano | [ ]  Africano |
| Outros:       |  |  |
| Paciente já realizou estudo cromossômico (cariótipo ou outro)? |
| [ ]  Sim Se sim, qual o resultado?       |
| [ ]  Não |
| Existe parentesco entre os pais? [ ]  Sim Se sim, qual o parentesco?       |
| [ ]  Não |
| Relate o histórico da gestação (houve algum tipo de doença? Usou medicamento? Houve algum tipo de intervenção?)      |
| [ ]  Não se aplica |
| Qual o motivo do encaminhamento do exame?       |
| Existem casos semelhantes na família?[ ]  Sim Se sim, qual o grau de parentesco?       |
| [ ]  Não |
| Existem casos de aborto ou má-formação na família? [ ]  Sim Se sim, qual o grau de parentesco?       |
| [ ]  Não |
| O paciente faz uso de medicamento? [ ]  Sim Se sim, quais?       |
| [ ]  Não |
| 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** |
| [ ]  Nenhum |
| Tipo de Câncer  | Idade de diagnóstico |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
| **Histórico Familiar** |
| [ ]  Nenhum ou indique os casos de câncer na família |
| Grau de Parentesco | Tipo de Câncer  | Idade de diagnóstico |
| Família 1:       |       |       |
| Família 2:       |       |       |
| Família 3:       |       |       |
| Família 4:       |       |       |
| Material Coletado      |
| Data da Coleta      | Responsável      | Telefone do 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) | Família na qual foi identificada:       |
| [ ]  Sequenciamento de Mutação específica 2 | Nome do gene:       |
| (nome da mutação) | Família na qual foi identificada:       |
| [ ]  PCR de Mutação Específica | Nome da mutação:       |
| [ ]  FISH | Região estudada:       |
| [ ]  CGH-Array |  |
| Observações:       |  |
| Telefone do Médico:      Data:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Médico | Nome legível do paciente ou representante legal:      Data:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do paciente ou representante legal |