

Número de caso	
Data de recepção	
Número de pedido	

(A preencher pelo LabGenetics)

SOLICITAÇÃO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-NATAL
PACIENTE OU DOADOR DA AMOSTRA

Nome:	Apelidos:	
BI:	Idade:	Idade gestacional:

INDICAÇÃO:

<input type="checkbox"/> Idade materna	<input type="checkbox"/> Filho anterior com doença hereditária
<input type="checkbox"/> Motivos psicológicos	<input type="checkbox"/> Familiar em primeiro grau com anomalia cromossómica
<input type="checkbox"/> Triple <i>Screening</i> Positivo	<input type="checkbox"/> Familiar em primeiro grau com anomalia hereditária
<input type="checkbox"/> Suspeita ecográfica de malformação	<input type="checkbox"/> Progenitor portador de anomalia cromossómica
<input type="checkbox"/> Filho anterior com anomalia cromossómica	<input type="checkbox"/> Progenitor portador de doença hereditária
<input type="checkbox"/> Outras (especificar):	

CENTRO MÉDICO OU LABORATÓRIO

Nome ou Razão Social:		BI/CIF:
Direcção:		Localidade:
Cidade:	Código Postal:	Tlf.:
Faxe:	Correio electrónico:	

AMOSTRA ENVIADA

Nº Referência	Tipo de Amostra	Data de Extração	Código LabGenetics
	<input type="checkbox"/> Líquido amniótico <input type="checkbox"/> Sangue fetal do cordão <input type="checkbox"/> Vilosidades coriónicas <input type="checkbox"/> Restos abortivos		

ANÁLISE SOLICITADA

<input type="checkbox"/> QF-PCR: Diagnóstico pré-natal rápido de aneuploidias cromossómicas (13, 18, 21, X e Y)
<input type="checkbox"/> CARIÓTIPO COMPLETO
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE DOENÇAS HEREDITÁRIAS:
<input type="checkbox"/> Doença: _____
<input type="checkbox"/> OUTRAS PROBAS:
<input type="checkbox"/> Especificar: _____

Em _____, a _____ de _____ de 200__

Nome: _____ Assinatura: _____

Todos os dados de carácter pessoal que aparecem neste formulário, assim como os resultados das análises, ficam incorporados num ficheiro segundo a responsabilidade do LabGenetics. De conformidade com a legislação vigente, todas as pessoas relatadas neste documento poderiam exercer o seu direito de oposição, acesso, rectificação e cancelamento, enviando um correio electrónico, devidamente identificado ao endereço info@labgenetics.com.es.

Comunicação de Resultados	<input type="checkbox"/> Correio ordinário	<input type="checkbox"/> Faxe	<input type="checkbox"/> Correio electrónico
----------------------------------	--	-------------------------------	--