

Nome do paciente

Data Nasc.

Endereço

CEP

Telefone

Celular

e-mail

Sexo

 Feminino Masculino Indeterminado

Análise Solicitada

 array-CGH + SNP 400K exônica SNP-array 750K SNP-array HD

Caso não haja indicação específica de plataforma, será realizada a análise padrão do laboratório DLE (array-CGH + SNP 400K exônica).

Indicação Clínica

### Informações clínicas necessárias para a realização e interpretação da análise genética.

Ancestralidade / Origem do paciente

 Caucasiano Portuguesa ou espanhola Afrodescendente Indígena Asiática Judeu Ashkenazi Outros Judeus Outros: \_\_\_\_\_

História Familiar do Paciente

Mãe (Nome completo): \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Sintomático Assintomático

Pai (Nome completo): \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Sintomático Assintomático

Os genitores têm algum grau de parentesco (consanguinidade)? Qual? \_\_\_\_\_

Os genitores (pai ou mãe) ou outros parentes do paciente apresentam os mesmos sintomas ou características semelhantes?

Descreva (se necessário utilizar o verso para confeccionar heredograma):

---



---



---



---

Em caso de aconselhamento genético, indique aqui os dados do(a) filho(a) bem como resultado do exame do mesmo(a) e responda o questionário de informações clínicas, que acompanha esta requisição, sobre o genitor (pai ou mãe) que está realizando o exame:

---



---



---



---



---

Assinatura / Carimbo do Médico

Data da Solicitação

Etiqueta de Identificação

## Informações Clínicas importantes para a realização e interpretação da análise

O preenchimento do quadro abaixo é essencial para a análise e interpretação dos resultados.

Legenda:  D Desconhece  N Não  S Sim (sempre especificar ao lado)

### INFORMAÇÕES PRÉ-CONCEPÇÃO E GESTACIONAIS

Aborto de repetição  D  N  S ( ) pais ou ( ) paciente \_\_\_\_\_  
Infertilidade (paciente)  D  N  S \_\_\_\_\_  
Parto prematuro  D  N  S \_\_\_\_\_  
Atraso no desenvolvimento intrauterino  D  N  S \_\_\_\_\_  
Malformações detectadas no Ultrassom  D  N  S \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO

Autismo  D  N  S \_\_\_\_\_  
Movimentos repetitivos ou anormais  D  N  S \_\_\_\_\_  
Deficiência intelectual  D  N  S \_\_\_\_\_  
Atraso de desenvolvimento motor  D  N  S \_\_\_\_\_  
Atraso da fala  D  N  S \_\_\_\_\_  
Déficit de desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM)  D  N  S \_\_\_\_\_  
Regressão do desenvolvimento  D  N  S Em qual idade foi detectado? \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES NEUROLÓGICAS

Convulsões  D  N  S \_\_\_\_\_  
Ataxia  D  N  S \_\_\_\_\_  
Anormalidade estrutural cerebral  D  N  S \_\_\_\_\_  
Microcefalia  D  N  S \_\_\_\_\_  
Macrocefalia  D  N  S \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

Anormalidades esqueléticas  D  N  S \_\_\_\_\_  
Aumento da elasticidade articular  D  N  S \_\_\_\_\_  
Restrições nas articulações  D  N  S \_\_\_\_\_  
Escoliose  D  N  S \_\_\_\_\_  
Hemi-hipertrofia  D  N  S \_\_\_\_\_  
Membros malformados  D  N  S \_\_\_\_\_  
Hipotonia  D  N  S \_\_\_\_\_  
Hipertonia  D  N  S \_\_\_\_\_  
Baixa estatura  D  N  S \_\_\_\_\_  
Alta estatura  D  N  S \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES FENOTÍPICAS

Características dismórficas  D  N  S \_\_\_\_\_  
Cardiopatias congênitas  D  N  S \_\_\_\_\_  
Anormalidades oculares  D  N  S \_\_\_\_\_  
Perda da Visão  D  N  S \_\_\_\_\_  
Perda de audição/surdez  D  N  S \_\_\_\_\_  
Anormalidades renais  D  N  S \_\_\_\_\_  
Anormalidades na pele  D  N  S \_\_\_\_\_  
Anormalidades genitais  D  N  S \_\_\_\_\_  
Câncer/Tumoração  D  N  S \_\_\_\_\_  
Obesidade  D  N  S \_\_\_\_\_  
Visceromegalia (aumento de órgãos internos)  D  N  S \_\_\_\_\_

### RESULTADOS DE EXAMES ANTERIORES CORRELACIONADOS

Cariótipo \_\_\_\_\_  
Ressonância magnética de crânio \_\_\_\_\_  
Exames de imagem cardíacos \_\_\_\_\_  
Exames genéticos ou bioquímica genética alterados \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_