

Questionário Exames Genéticos

ETIQUETA DA
AMOSTRA

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:
	> Data de nascimento: ____ / ____ / ____
> Endereço:	> E-mail:
	> Telefone:
> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	> Peso: ____kg

DADOS CLÍNICOS
> Suspeita clínica:
> Principais sintomas clínicos:
> Antecedentes familiares (especificar parentesco):