|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Ashkenazi | Oriente Médio | | | Caucasiano Europeu |
| Asiático | Latino-americano | | | Africano |
| Outros: |  | | |  |
| Lado Paterno | | | | |
| Judeu Ashkenazi | 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 | | |