



PEDIDO DE EXAME

(ENVIAR RAPIDAMENTE O MATERIAL PARA O GENE EM BELO HORIZONTE. VER INSTRUÇÕES ABAIXO)

NOME DO(A) PACIENTE : _____ NASC. ____/____/____ SEXO: _____
PAI: _____ MÃE: _____
END. DO(A) PACIENTE: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: () _____
MÉDICO (A) QUE ENCAMINHOU: _____
END. MÉDICO(A) (para enviar resultado) _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: () _____
DATA DA COLETA: ____/____/____

DADOS PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS)

NOME COMPLETO: _____
ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CPF: _____

LISTA 1) INDICAÇÃO PARA O CARIÓTIPO COM BANDAS EM SANGUE HEPARINIZADO, ESTÉRIL (LABORATÓRIO DE CITOGENÉTICA)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Síndrome de Down (trissomia 21) | <input type="checkbox"/> Malformações | <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Sexual Anor | <input type="checkbox"/> Outra Indicação? |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de trissomia 13 | <input type="checkbox"/> Retardo de Crescimento | <input type="checkbox"/> Amenorréia Primária | Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de trissomia 18 | <input type="checkbox"/> Retardo Psicomotor | <input type="checkbox"/> Mulheres de Baixa Estatura | _____ |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Síndrome de Turner | <input type="checkbox"/> Anemia de Fanconi | <input type="checkbox"/> Casais com 2 ou + perdas fetais | _____ |
| <input type="checkbox"/> Suspeita de Síndrome de Klinefelter | <input type="checkbox"/> Pesquisa de Ph ¹ | | |

LISTA 2) INDICAÇÃO PARA TESTES MOLECULARES EM CÉLULAS BUCAIS EM ÁLCOOL OU SANGUE EM EDTA (LABORATÓRIO DE MEDICINA GENÔMICA)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden | <input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil | <input type="checkbox"/> Distrofia Duchenne/Becker | <input type="checkbox"/> Triagem de Ataxias |
| <input type="checkbox"/> Mutação da Metileno Tetrahidrofolato Redutase | <input type="checkbox"/> Síndrome de Prader-Willi ou Angelman | <input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Outra Indicação? |
| <input type="checkbox"/> Mutação da Protrombina | <input type="checkbox"/> Síndrome de Williams | <input type="checkbox"/> Doença de Canavan | Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Screen de Trombofilia (3 testes acima) | <input type="checkbox"/> Síndrome Cardio-Velo-Facial | <input type="checkbox"/> Doença de Charcot-Marie-Tooth | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemocromatose | <input type="checkbox"/> Síndrome de DiGeorge | <input type="checkbox"/> Doença de Gaucher | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cromossomo Ph ¹ (Philadelphia) *** | <input type="checkbox"/> Síndrome de Werdnig-Hoffmann | <input type="checkbox"/> Doença de Tay-Sachs | |
| <input type="checkbox"/> Fibrose Cística | <input type="checkbox"/> Surdez Neuro-Sensorial não-sindrômica | <input type="checkbox"/> Distrofia Miotônica | |
| <input type="checkbox"/> Esterilidade Masculina | <input type="checkbox"/> Acondroplasia | <input type="checkbox"/> Doença de Kennedy | |
| | <input type="checkbox"/> Hipocondroplasia | <input type="checkbox"/> Doença de Machado-Joseph | |

*** O sangue em EDTA para o teste molecular de Ph¹ precisa chegar em Belo Horizonte no máximo 36 horas após a coleta. Este teste só pode ser feito em sangue.

INSTRUÇÕES DE COLETA E REMESSA DE SANGUE PARA O LABORATÓRIO DO GENE EM BELO HORIZONTE:

- ☞ Não é necessário jejum. Coletar 3 ml de sangue de adultos e 1ml de sangue de recém-nascidos.
- ☞ Furar a borracha do tubo de coleta a vácuo, sem abrir o tubo, com a agulha da seringa ou com a agulha do sistema de coleta múltipla:
 - Usar tubo tampa verde com heparina para exames de citogenética (lista 1).
 - Usar tubo tampa roxa com EDTA para exames moleculares (lista 2).
- ☞ Movimentar o sangue para o anticoagulante seco na parede interior do tubo se misturar e impedir a coagulação.
- ☞ Os tubos de coleta a vácuo podem ser solicitados ao GENE.
- ☞ Não é preciso refrigeração e o sistema SEDEX (entrega rápida) dos Correios e Telégrafos deve ser utilizado na remessa para Belo Horizonte.
- ☞ Comunique o GENE sobre a remessa (fone gratuito 0800-7029040) para alertar a equipe e evitar extravios. O seu exame é muito importante para todos nós e é tratado pessoalmente.
- ☞ O GENE, **laboratório especializado exclusivamente em genética**, dirigido pelo Dr. Sérgio Pena (médico, Ph.D. em genética), não pratica "economia de escala", com a realização de alto volume de exames. Cada exame/paciente recebe atenção individual.

INSTRUÇÕES DE COLETA E REMESSA DE CÉLULAS BUCAIS PARA O LABORATÓRIO DO GENE EM BELO HORIZONTE:

- ☞ **1ª Escova:** Esfregar 10 vezes na bochecha interna (dentro da boca) de cima para baixo e vice-versa. Soltar as células presas nas cerdas da escova, rodando a escova dentro do tubo com álcool. Descartar a escova. Fechar **bem** o tubo.
- ☞ **2ª Escova:** Repetir do outro lado. Colocar os 2 tubos bem fechados no envelope de segurança acolchoado (plástico bolha) junto com o "Pedido de Exame" acima preenchido. Anexar o cheque no valor do exame ou comprovante do depósito bancário. Enviar o envelope de segurança acolchoado dentro do outro envelope endereçado, para o GENE: Av. Afonso Pena, 3111 9º andar - Belo Horizonte - MG 30130-909, pelo correio (SEDEX).

GENE - NÚCLEO DE GENÉTICA MÉDICA
Prof. Dr. Sérgio Danilo Pena, M.D., Ph.D.

Av. Afonso Pena 3111/9º andar - Belo Horizonte - MG 30130-909 - Fone: 0(xx31) 3284-8000

www.gene.com.br - e-mail: gene@gene.com.br