



Requisição para Diagnóstico Pré-natal

1.1- Identificação do Utente (pode ser colada etiqueta)

Nome: _____

Data nascimento: ____ / ____ / ____

Morada: _____

Processo hospitalar: _____ DPN: _____

2- Amostra

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Líquido amniótico (LA) | <input type="checkbox"/> Vilosidades Coriônicas ¹ |
| <input type="checkbox"/> Sangue fetal do cordão | <input type="checkbox"/> Sangue materno |
| <input type="checkbox"/> Pele Fetal | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

¹As amostras de vilosidades coriônicas devem ser acompanhadas de amostra de sangue da mãe.

3- Indicações (por favor preencher com letra legível)

- | | | | | |
|--|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idade materna avançada: ____ anos | <input type="checkbox"/> Rastreio bioquímico (risco: _____) | | | |
| <input type="checkbox"/> Anomalias ecográficas | <input type="checkbox"/> Rastreio ecográfico (valor TN: _____) | | | |
| <input type="checkbox"/> Hidrâmnios | <input type="checkbox"/> Oligoâmnios | <input type="checkbox"/> Anâmnios | <input type="checkbox"/> Higroma | <input type="checkbox"/> Hidrópsia |
| <input type="checkbox"/> Quistos plexos coróides | <input type="checkbox"/> Encefalocelo | <input type="checkbox"/> Anencéfalo | <input type="checkbox"/> Mielomeningocele | |
| <input type="checkbox"/> Fenda labial | <input type="checkbox"/> Fenda palatina | <input type="checkbox"/> Hipoplasia dos ossos do nariz | | |
| <input type="checkbox"/> Onfalocelo | <input type="checkbox"/> Gastroquisis | <input type="checkbox"/> Pielectasia | <input type="checkbox"/> unilat. | <input type="checkbox"/> bilat. |
| <input type="checkbox"/> Ossos longos curtos | <input type="checkbox"/> Pé boto: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia: | | | | |
| <input type="checkbox"/> S.Polimalformativo: | | | | |

Outras: _____

- Pais com rearranjo cromossómico. Especifique com o cariótipo anterior e se possível o Laboratório em que foi realizado: _____
- Feto anterior com anomalia cromossómica. Especifique com o cariótipo anterior e se possível o Laboratório em que foi realizado: _____
- Infecção materna: CMV Toxoplasmose Outra: _____
- Resolução de possível mosaicismo fetal: _____
- Estudo molecular / bioquímico (preencher 5). Especifique: _____
- Outro: _____

4- Requisição de Testes

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estudo do Cariótipo | <input type="checkbox"/> QF-PCR (Quantitative Fluorescence-PCR) | <input type="checkbox"/> Testes de MLPA ² | <input type="checkbox"/> Testes de FISH |
| | <input type="checkbox"/> Despiste de aneuploidias (13,18,21,X,Y) | <input type="checkbox"/> Síndrome de DiGeorge (22q11.2) | Sonda: _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de X-Frágil ³ | | <input type="checkbox"/> Estudo de Regiões Subteloméricas | |
| <input type="checkbox"/> Array-CGH | | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

² Os Painéis de Sondas de MLPA encontram-se discriminados no verso e no documento Testes Disponíveis/ ³As amostras devem ser acompanhadas de amostra de sangue da mãe.

5- Procedimentos especiais e/ou envio

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cultura celular para envio ⁴ | <input type="checkbox"/> expansão da cultura e criopreservação |
| <input type="checkbox"/> extracção de DNA | <input type="checkbox"/> imortalização de linfócitos com EBV |
| <input type="checkbox"/> envio de DNA ⁴ | <input type="checkbox"/> manter cultura para outros testes* |
| <input type="checkbox"/> manter DNA para outros testes | *duração de armazenamento _____ |

⁴As amostras para envio obrigam ao preenchimento do Anexo de Envio.

Reservado ao Lab. de Citogenética e Genómica

- Indicações de envio:** (A) As amostras enviadas devem obedecer às regras indicadas no documento Requisitos de Colheita e Envio de Amostras.
 (B) Telefonar em caso de amostras urgentes ou envio após horas normais de funcionamento.
 (C) Manter amostras à temperatura ambiente e selar bem e rotular todos os tubos/frascos.
 (D) Enviar o mais rapidamente possível.

Paineis de sondas de MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification)

1- Pesquisa de Síndromes de Microdeleção e outras regiões específicas

- Síndrome de deleção 1p36 • microdeleção 1q21.1 • microdeleção 2p16 • microdeleção 2q23/MBD5 • microdeleção 2q33/ SATB2 • microdeleção 3q29 • Síndrome Wolf-Hirschhorn 4p16.3 • Síndrome Cri du Chat, 5p15 • Síndrome Sotos, 5q35.3 • Síndrome Williams, 7q11.23 • microdeleção 7q36.1 • Síndrome Langer-Giedion, 8q • microdeleção 9q22.3 • Síndrome DiGeorge região 2, 10p15 • Síndrome WAGR, 11p • microdeleção 12p11.23 • Síndrome Prader-Willi / Angelman , 15q11.2 • microdeleção 15q13 • Síndrome de deleção 15q24 • Síndrome Rubinstein-Taybi , 16p13.3 • microdeleção 16p11 • Síndrome Miller-Dieker, 17p • Síndrome Smith-Magenis, 17p11.2 • Síndrome de microdeleção NF1, 17q11.2 • microdeleção 17q12 • microdeleção 17q21 • microdeleção 18q21.2 • microdeleção 20p12.2 • Síndrome DiGeorge, 22q11 • região distal 22q11 • região 22q13 /Síndrome Phelan-McDermid • MECP2 / Xq28

2- Estudo das regiões subteloméricas

3- Estudo das regiões envolvidas no autismo

- 15q11-q13 • 16p11 • 22q13

4- Síndrome de DiGeorge

Estudo das regiões 22q11.2 e 10p14

5- Síndrome de Prader-Willi / Angelman

Estudo da região 15q11-q13 e do padrão de metilação desta região

6- Síndrome de Beckwith-Wiedemann

Estudo da região 11p15 e do padrão de metilação desta região

7- Síndrome de Silver-Russell

Estudo da região 11p15 e do padrão de metilação desta região

Nota – Poderão ser efectuados outros estudos pela técnica de MLPA além dos mencionados, de acordo com a oferta do fabricante, mediante contacto prévio com o Laboratório.