

CENTRO GENÉTICA MÉDICA DR. JACINTO MAGALHÃES
FORMULÁRIO PRÉ-CONSULTA

MÉDICO QUE ENVIA O PEDIDO:

Nome: _____
Instituição: _____ Serviço: _____
Contacto telefónico: _____ Email: _____ Fax: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE/CONSULTANDO:

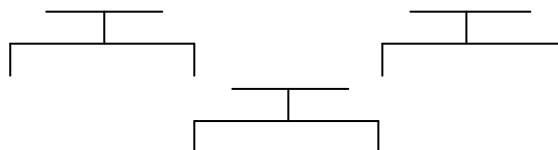
Nome (completo): _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Naturalidade: _____ Contacto: _____
Morada: _____

MOTIVO DA CONSULTA:

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

(se preferir anexe árvore)



INVESTIGAÇÃO/ EXAMES REALIZADOS (e respectivos resultados, se possível anexar relatórios)

- ☐ Cariótipo _____
☐ X-Frágil _____
☐ Estudo Metabólico (especificar) _____
☐ Outros estudos (analíticos, moleculares, citogenéticos) _____

☐ Imagiologia Cerebral _____
☐ Rx (especificar) _____
☐ Ecografias (especificar) _____
☐ Outros exames _____

Observação por outras especialidades médicas _____

REFERENCIAÇÃO URGENTE

Sim ☐ Não ☐

GRAVIDEZ EM CURSO

Sim ☐ Não ☐

Nota: É muito importante, que no dia da consulta, o doente/consultando se faça acompanhar de todos os exames efectuados e respectivos relatórios (do próprio e dos familiares afectados), do boletim de saúde infantil e do boletim de grávida.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura do Médico: _____