

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO COMPLEMENTAR
INVESTIGAÇÃO DE DELEÇÃO 22q11.2



Código PCFB: _____ Número CNS: _____

A B Informações gerais referentes ao paciente

1. Nome do paciente: _____

2. Data da consulta: _____

3. Preenchido por: _____

C Antecedentes Pessoais Relevantes

Alterações Labiopalatais:

4. Apresenta sintomas sugestivos de alteração palatal:

Sim

Não

Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

5. Se afirmativo, assinale qual/quais:

Voz anasalada

Disfagia

Refluxo nasal de leite

Outros tipos de alteração de voz – Descreva: _____

Outros – Descreva: _____

6. Possui alterações labiais, palatais anatômicas/funcionais:

Sim

Não avaliado

Não

Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

7. Se afirmativo, assinale qual/quais:

Fenda labial

Úvula bífida

Insuficiência

Fenda palatal

Fenda Submucosa

Velofaríngea

Alterações Cardiovasculares:

8. Possui malformações cardiovasculares:

Sim

Sopro cardíaco a

Não avaliado

Não

esclarecer

Sem informação

Alterações Comportamentais, Psiquiátricas e Neurológicas:

9. Alterações comportamentais, psiquiátricas e neurológicas:

Sim

Não se aplica

Não

Sem informação

Não avaliado

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO COMPLEMENTAR
INVESTIGAÇÃO DE DELEÇÃO 22q11.2



- 10.** Se afirmativo, assinale qual/quais alterações comportamentais, psiquiátricas e neurológicas:
- | | |
|---------------------------------------|--|
| Transtorno afetivo bipolar (TAB) | Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) |
| Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) | Autismo |
| Depressão | Transtorno opositor |

Esquizofrenia – Idade de início dos sintomas: _____
Anomalias estruturais de Sistema Nervoso Central – Descreva:

Outros – Descreva:

Alterações Imunológicas e hematológicas:

- 11. Apresenta sintomas sugestivos de alterações imunológicas ou hematológicas:**

Sim	Não avaliado
Não	Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

- 12.** Se afirmativo, assinale qual/quais alterações imunológicas ou hematológicas:

Infecção de vias aéreas superiores (IVAS)	Petéquias/ Equimoses espontâneas
Otitis de repetição	Sangramentos espontâneos
Pneumonias de repetição	

Outros – Descreva:

- 13. Foi realizada avaliação laboratorial:**

Sim	Aguarda resultado
Não	Sem informação

- 14. Apresenta alterações confirmadas por exames:**

Sim	Não
-----	-----

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

- 15.** Se afirmativo, assinale qual/quais alterações confirmadas por exames:

Alteração na contagem/função de células T	Anemia hemolítica
Alteração na contagem/função de células B	Aplasia medular
Aplasia/Hipoplasia tímica	Deficiência de IgA
Doença auto-imune – Qual:	

Leucopenia	Neutropenia
Linfopenia	Plaquetopenia
Outros – Descreva:	

Alterações endocrinológicas:

- 16. Alterações endocrinológicas:**

Sim	Não avaliado
Não	Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO COMPLEMENTAR
INVESTIGAÇÃO DE DELEÇÃO 22q11.2



17. Se afirmativo, assinale qual/quais alterações endocrinológicas:

Hipocalcemia após período neonatal	Hiperparatireoidismo
Hipotireoidismo	Hipoparatireoidismo
Hipertireoidismo	Diabetes mellitus
Outras – Descreva:	

Alterações auditivas:

18. Deficiência auditiva:

Sim	Não avaliado
Não	Sem informação

Se afirmativo, assinale o tipo, lateralidade e grau:

19. Descrição da deficiência auditiva

Tipo (neurossensorial, condutiva, mista)	Lateralidade (bilateral, esquerda, direita)	Grau (leve, moderada, profunda)

Alterações oftalmológicas:

20. Alterações oftalmológicas:

Sim	Não avaliado
Não	Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

21. Se afirmativo, assinale qual/quais alterações oftalmológicas:

Estrabismo	Vício de refração	Embriotoxon posterior
------------	-------------------	-----------------------

Catarata – Descreva: _____

Coloboma ocular – Descreva: _____

Retinopatia – Descreva: _____

Outros – Descreva:

Trato Genitourinário (TGU):

22. Realizou ultrassom de vias urinárias:

Sim	Aguarda resultado
Não	Sem informação

23. Alterações de TGU:

Sim	Não avaliado
Não	Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL
FORMULÁRIO COMPLEMENTAR
INVESTIGAÇÃO DE DELEÇÃO 22q11.2



24. Se afirmativo, assinale qual/ quais alterações de TGU:
Criptorquidia – Descreva:

Refluxo vesicoureteral – Descreva:

Alterações/Malformação renal – Descreva:

Alterações/Malformação ureteral– Descreva:

Outros – Descreva:

Trato gastrointestinal (TGI):

25. Alterações de TGI:

Sim

Não

Não avaliado

Sem informação

Obrigatório responder esta pergunta caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior:

26. Se afirmativo, assinale qual/quais alterações de TGI:

Refluxo gastroesofágico

Fístula traqueoesofágica

Malformação intestinal – Descreva:

Diarreia crônica

Constipação crônica

Malformação do ânus – Descreva:

Outros – Descreva: