

PROJETO CRÂNIO-FACE BRASIL

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

CÓDIGO PCFB: _____

CENTRO DE ORIGEM: _____

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DA COLETA: _____

PROJETO DE PESQUISA (PODEM SER SELECIONADOS MÚLTIPLOS PROJETOS):

Fendas orofaciais típicas

Investigação de Deleção 22q11.2

Fenda atípica

Holoprosencefalia

Craniossinostose

Pierre Robin

CHARGE

Outros – Especificar: _____

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: _____

DATA DO ENVIO: _____

Descreva, na tabela abaixo, o dado de TODO material biológico enviado:

Nome Completo	Parentesco*	Tipo de material	Nº de tubos verde	Nº de tubos roxo	Nº de registro do DNA**	Nº de registro do do Pellet**

*no caso de paciente colocar PACIENTE

** campo de preenchimento EXCLUSIVO do laboratório