

FICHA DE DADOS CLÍNICOS PARA TESTE GENÉTICO PARA PREDISPOSIÇÃO HEREDITÁRIA AO CÂNCER

Informações do Paciente

Nome completo:	
Nome social (opcional):	
Data de Nascimento:	Cosanguinidade: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

História Pessoal de Câncer

<input type="radio"/> Sem história pessoal de câncer			
<input type="radio"/> Mama	() bilateral	() triplo negativo	Idade no diagnóstico _____
<input type="radio"/> Ovário	() bilateral		Idade no diagnóstico _____
<input type="radio"/> Intestino	() poliposo	() não poliposo	Idade no diagnóstico _____
<input type="radio"/> Pulmão	() tabagista	() pequenas-células	Idade no diagnóstico _____
<input type="radio"/> Próstata			Idade no diagnóstico _____
<input type="radio"/> Leucemia			Idade no diagnóstico _____
<input type="radio"/> Outro			Idade no diagnóstico _____

História Familiar de Câncer

<input type="radio"/> Sem história familiar de câncer				
Parentesco	Materno	Paterno	Local do Câncer	Idade no diagnóstico
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

Av. Deputado Dante Delmanto, 1.649 - Botucatu/SP