

**Nome completo:** *Mário de Souza*  
**Nome da mãe (se menor):** *Ana Castro de Souza*  
**Nome do pai (se menor):** *João de Souza*  
**Telefone:** ( 11 ) 2226.6222

**Data de nascimento:** 19/10/2010

**Sexo:** ( ) feminino (x) masculino

Obs. Se possível, enviar cópia de um documento de

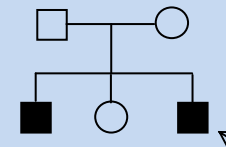
**Médico responsável:**  
Telefone: *Dr. José de Barros*  
Endereço completo: *Alameda das Flores, 111 CEP: 01111-010 São Paulo / SP*

CRM: *SP 999999*  
Email: *josedebarrros@medico.com*  
Assinatura e carimbo: *JBarros*

Dr. José de Barros  
Neurologista  
CRM-SP 999999

**Razão para encaminhamento:**  
(x) confirmação/exclusão de diagnóstico clínico  
( ) pesquisa de portador (indivíduo clinicamente normal com risco para descendentes)  
( ) teste pré-sintomático (indivíduo clinicamente normal com risco de desenvolver a doença)  
( ) teste pré-natal (agendamento prévio)  
**Indicação clínica/suspeita diagnóstica:** *distrofia muscular de Duchenne: paciente com atraso de desenvolvimento, quedas frequentes e hipertrofia de panturrilhas.*  
**Exame solicitado/Código:** *DMD-MLPA*

**Histórico**  
( ) caso isolado (x) caso familiar  
**Padrão de Herança**  
( ) AD ( ) AR (x) ligado ao X ( ) desconhecido/outros \_\_\_\_\_  
**Genealogia** (marque o indivíduo a ser investigado com uma seta).



**Exames laboratoriais adicionais** (CK, ENMG, RM, biópsia etc):  
*CK 9050U/L*

**Medicamentos:** *não faz uso*

**Para casos familiares:**  
Alteração no DNA é conhecida na família: ( ) não (x) sim - qual? *Deleção exons 49 e 50 - gene DMD* Qual laboratório fez o teste (x) CEGH-CEL ( ) outro  
Membros da família já analisados:  
Nome: *Carlos de Souza* Data de nascimento: *25/05/2005* Registro CEGH-CEL: *C98898* Parentesco: *irmão*  
Nome: Data de nascimento: Registro CEGH-CEL: Parentesco:

Por favor, assinalar:  
 Material enviado: aproximadamente 8 ml de sangue divididos em 2 tubos com EDTA 5%, identificados com o nome do paciente, sua data de nascimento e a data da coleta, conforme instruções;  
 Formulário de requerimento corretamente preenchido (enviar um formulário por paciente; formulários incompletos não serão recebidos);  
 Comprovante de pagamento (enviar uma cópia junto com o formulário de requerimento de exame);  
 Endereço para entrega de resultados (médico solicitante - Caso o médico trabalhe em um hospital ou universidade, certifique-se de nos enviar um endereço de correspondência de seu departamento ou consultório e não o endereço geral do hospital).

**ATENÇÃO:**

**O resultado do exame será entregue apenas ao médico solicitante por correio. É regra do CEGH-CEL não enviar resultados de testes genéticos diretamente ao paciente:**

De acordo – assinatura: *Ana Castro de Souza*