

REQUISIÇÃO DIAGNÓSTICO GENÉTICO CANCRO DA MAMA/CANCRO DO OVÁRIO HEREDITÁRIO

Identificação (Preenchimento obrigatório):		A preencher pela GenoMed:	
Colar etiqueta		Colar etiqueta(s)	
Nome:		Conferido por:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Médico Requisitante:		
Data de Nascimento:	Hospital, Serviço:		
N.º Identificação:	Telefone ou e-mail:		

Dados Clínicos e Diagnóstico: Solicitamos, sempre que possível e aplicável, o envio do relatório do Serviço de Anatomia Patológica ou a informação da percentagem de células neoplásicas presentes.

Data ideal para obtenção do resultado: ___/___/___

Informação familiar:

Alteração familiar conhecida? Não Sim Em que gene? *BRCA1* *BRCA2* Qual a alteração?.....

Caso índice (doente) Caso familiar (doente) Caso familiar (saudável)

Tipo de cancro: Esquerdo Direito Bilateral Lateralidade (Colocar a idade do diagnóstico na respectiva linha)

Cancro da mama

Cancro do ovário

Outro(s): Tumores metacrónicos? Sim Não

Anexar sempre que possível e seja justificável qualquer informação clínica relevante, dados familiares nomeadamente consanguinidade, outros casos na família, árvore genealógica, etc. Utilize para tal o verso da requisição. Informações para a construção da Árvore Genealógica:

Homem Mulher Afectado Portadores Falecidos Consanguinidade Caso Index

Para testes preditivos (realizados em indivíduos saudáveis) é INDISPENSÁVEL que o pedido seja feito pelo Geneticista Clínico (1).

TESTES REQUISITADOS:			
	34900	Cancro da mama/Cancro do Ovário: genes <i>BRCA1</i> e <i>BRCA2</i> (SEQ) – caso índice	<input type="checkbox"/>
Sangue periférico em EDTA ou Cortes de parafina: 10-15 secções x 10 µm ou Bloco de parafina	34543 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA1</i> (SEQ) - caso índice	<input type="checkbox"/>
	36059 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA1</i> (MLPA) - caso índice	<input type="checkbox"/>
	34544 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA1</i> (SEQ) - estudo de familiar	<input type="checkbox"/>
SEQ = Sequenciação	36060 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA1</i> (MLPA) - estudo de familiar	<input type="checkbox"/>
	34547 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA2</i> (SEQ) - caso índice	<input type="checkbox"/>
	36061 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA2</i> - mutação fundadora (SEQ) - caso índice	<input type="checkbox"/>
	36059 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA2</i> (MLPA) - caso índice	<input type="checkbox"/>
	34548 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA2</i> (SEQ) - estudo de familiar	<input type="checkbox"/>
	36062 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA2</i> mutação fundadora (SEQ) – estudo de familiar	<input type="checkbox"/>
	36060 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA2</i> (MLPA) - estudo de familiar	<input type="checkbox"/>
	34201	Extracção de ADN a partir de sangue periférico ou de FFPE	<input type="checkbox"/>

(1) Consulta de Aconselhamento Genético – Local: Data:...../...../.....

Amostra: Sangue (EDTA) ADN FFPE Outro Colheita: Data:/...../..... Hora:

Eu, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu / de[afiliação],[nome], nascido a/...../....., para a execução dos testes genéticos acima especificados, cujas finalidades e limitações me foram explicadas pelo médico acima referido. Autorizo que a minha amostra seja armazenada de forma a permitir a repetição do teste ou a realização de testes adicionais. Os dados sujeitos a sigilo médico só poderão ser revelados a outros com a minha permissão. Declaro ainda que a minha amostra poderá/não poderá [riscar o que não interessa] ser utilizada para fins de investigação, no âmbito de projecto aprovado por Comissão de Ética competente para o efeito. (De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada)

Assinatura: Local e Data:/...../.....

Assinatura Médico Requisitante: Data:...../...../.....

PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE: Dra. Diana Antunes, MD (dianaantunes@medicina.ulisboa.pt) / Dra. Ana Coutinho, PhD (anacoutinho@medicina.ulisboa.pt), Ext.: 47301 / 47308

REQUISIÇÃO DIAGNÓSTICO GENÉTICO CANCRO DA MAMA/CANCRO DO OVÁRIO HEREDITÁRIO

Dados da Amostra (FFPE) (Preenchimento obrigatório)

Solicitamos, sempre que possível, o envio do relatório do Serviço de Anatomia Patológica ou informação da percentagem de células neoplásicas presentes, necessário para a integração do resultado obtido.

Caracterização da Amostra enviada: Exame nº: _____ Data da colheita: _____

Secções de parafina

Macrodissecção Sim Não (Recomenda-se a realização de macrodissecção para enriquecimento da amostra quando a infiltração tumoral é inferior a 20%-30%)

Bloco de parafina

Histologia: Biópsia Biópsia por agulha Peça cirúrgica

Percentagem estimada de células neoplásicas na amostra enviada: _____

Contaminantes: Células epiteliais Sangue
 Células mesenquimatosas Fibrina
 Células da resposta inflamatória/imunitária Muco Outro(s) _____

Patologia / Diagnóstico Clínico / Informação relevante sobre a amostra:

Médico Patologista: _____ Hospital: _____

Contacto directo (Tel. ou email): _____

Assinatura: _____