

# REQUISIÇÃO DIAGNÓSTICO GENÉTICO

## CANCRO DA MAMA/CANCRO DO OVÁRIO HEREDITÁRIO

<b>Identificação</b> (Preenchimento obrigatório):		<b>A preencher pela GenoMed:</b>	
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A preencher pelo médico requisitante:** Autoriza o envio do relatório por e-mail? Sim  Não

Se sim, por favor indique o **endereço institucional:** \_\_\_\_\_

**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 Índice

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"/>
	34543 (34900)	Cancro da mama (Cancro do Ovário): gene <i>BRCA1</i> (SEQ) - caso índice	<input type="checkbox"/>
<b>Sangue periférico em EDTA ou Cortes de parafina: 10-15 secções x 10 µm ou Bloco de parafina</b>	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: Dr.ª Diana Antunes, MD (dianaantunes@medicina.ulisboa.pt) / Dr.ª 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:** \_\_\_\_\_