

## MÉDICO REQUISITANTE (preenchimento obrigatório)

Nome (ou colar vinheta):	Nº ordem dos médicos:
Instituição:	Serviço:
E-mail:	Telefone:
Assinatura:	Data: ____/____/____
<b>Autoriza o envio do relatório por e-mail?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, por favor indique o <b>endereço institucional:</b> _____	

## INFORMAÇÃO DO DOENTE / UTENTE (preenchimento obrigatório ou colar vinheta)

Nome:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N.º Identificação / N.º Processo clínico:	Data de nascimento: ____/____/____

A preencher pela GenoMed:

Colar etiqueta(s)

Conferido por: \_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO\*

Doente  Saudável (Assintomático)  Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Anexar, sempre que possível e seja relevante, informação clínica, dados familiares nomeadamente consanguinidade, outros casos na família, árvore genealógica, etc.

## INFORMAÇÃO FAMILIAR

Caso índice (doente)  Variante familiar\*  Cônjuge

Variante familiar conhecida? NÃO  SIM

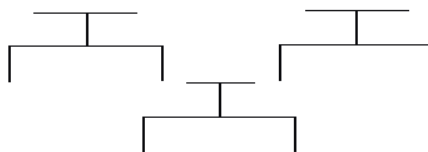
Em caso de variante familiar conhecida\*: Gene/RefSeq: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Variante: \_\_\_\_\_

A variante foi identificada na GenoMed? NÃO  SIM

\*Para o estudo de portador ou pré-sintomático (*estudo de variante familiar*) anexar, sempre que possível, uma cópia do relatório do caso índice.  
**De acordo com o artigo 9º da lei nº 12/2005, a prescrição de testes de heterozigotia, pré-sintomáticos e preditivos (em indivíduos saudáveis) apenas pode ser feita por médico Geneticista.**

Informações para a construção da árvore genealógica:

Homem  
  Mulher  
  Afectado  
  Portadores  
  Falecidos  
  Consanguinidade  
  Caso Índice



## AMOSTRA

Sangue (EDTA) <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> ____% (percentagem de infiltração)	<b>COLHEITA</b> Data: ____/____/____
Outro (especifique) <input type="checkbox"/> _____	Hora: ____:____

## CONSENTIMENTO INFORMADO (a ser preenchido pelo médico)

Declaro que o consentimento informado do doente para diagnóstico foi obtido. SIM  NÃO

Declaro que o consentimento informado do doente para investigação foi obtido. SIM  NÃO

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

TESTE GENÉTICO REQUISITADO*
<input type="checkbox"/> Doença/Gene(s): _____
<input type="checkbox"/> Estudo de mutação familiar (especificar na "Informação familiar")
<input type="checkbox"/> Painel de genes por NGS (nome do painel): _____ <input type="checkbox"/> Genes adicionais (se pretender personalizar o painel acima, especifique quais são os genes que pretende incluir): _____ _____ <input type="checkbox"/> Com análise de CNVs* (aplicável aos testes/painéis com essa opção, assinalados nos anexos I e II. Para outros estudos de CNVs, por favor contacte-nos previamente.) <small>*Custo adicional.</small>
<input type="checkbox"/> Análise adicional de genes por NGS (baseado em exoma total) para: <input type="checkbox"/> Painel de NGS (nome do painel): _____ <input type="checkbox"/> Gene(s) (especifique): _____ _____ <input type="checkbox"/> Exoma clínico trio ( <u>obrigatório</u> preencher consentimento informado adicional – "Folheto informativo/Consentimento informado" - Anexo III)
<input type="checkbox"/> Extracção de ADN
<input type="checkbox"/> Outros estudos*: _____ _____

\*Consultar o Anexo I e/ou Anexo II desta requisição, ou o nosso [website](#). **Se o teste pretendido não estiver listado, por favor entre previamente em contacto connosco.**

CONSENTIMENTO INFORMADO (obrigatório - a ser preenchido pelo utente)
<p>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. Fui informado sobre as consequências resultantes destes testes. Autorizo que a minha amostra seja armazenada de forma a permitir a repetição do teste ou a realização de testes adicionais na GenoMed ou em Centros de referência a nível mundial com os quais exista colaboração. Os dados sujeitos a sigilo médico só poderão ser revelados a familiares e respectivos médicos com a minha permissão e nunca a terceiros. Poderei revogar este consentimento em qualquer altura.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p>Declaro ainda que a amostra poderá ser utilizada para fins de investigação científica (os resultados dos testes/dados clínicos poderão ser usados em publicações científicas de forma anónima), no âmbito de projecto aprovado por Comissão de Ética competente para o efeito.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Não concordo</p> <p><small>(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)</small></p> <p><b>Assinatura do utente:</b> _____ <b>Data:</b> ____ / ____ / ____</p>