

REQUISIÇÃO DIAGNÓSTICO GENÉTICO

TESTES BRCA

MÉDICO REQUISITANTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
Nome (ou colar vinheta):	Nº ordem dos médicos:
Instituição:	Serviço:
E-mail:	Telefone:
Assinatura:	Data: ____/____/____

Autoriza o envio do relatório por e-mail? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, por favor indique o endereço institucional : _____	A preencher pela GenoMed: Colar etiqueta(s) Conferido por: _____
---	--

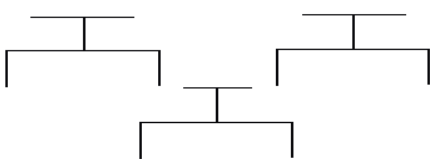
INFORMAÇÃO DO DOENTE / UTENTE (preenchimento obrigatório ou colar vinheta)	
Nome:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N.º Identificação / N.º Processo clínico: _____	Data de nascimento: ____/____/____

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.	
Doente <input type="checkbox"/> Saudável (Assintomático) <input type="checkbox"/>	Data da próxima consulta: ____/____/____

INFORMAÇÃO FAMILIAR	
Caso índice (doente) <input type="checkbox"/> Variante familiar* <input type="checkbox"/>	
Variante familiar conhecida? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	
Em caso de variante familiar conhecida*: Gene/RefSeq: _____ / _____ Variante: _____	
A variante foi identificada na GenoMed? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	
*Para o estudo de portador ou pré-sintomático (<i>estudo de variante familiar</i>) 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:

<input type="checkbox"/> Homem	<input type="checkbox"/> Mulher	<input type="checkbox"/> Afectado	<input type="checkbox"/> Portadores	<input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Consanguinidade	<input type="checkbox"/> Caso Índice
--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------



Amostra: Sangue (EDTA) <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> FFPE (10 secções x 10 µm) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Colheita: Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
--	---

Para estudos somáticos (em amostra de tumor), recomendamos o envio de amostra de sangue juntamente com o pedido.

CONSENTIMENTO INFORMADO (a ser preenchido pelo médico)	
Declaro que o consentimento informado do doente para diagnóstico foi obtido.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Declaro que o consentimento informado do doente para investigação foi obtido.	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Assinatura Médico Requisitante: _____	Data: ____/____/____
---------------------------------------	----------------------

REQUISIÇÃO DIAGNÓSTICO GENÉTICO

TESTES BRCA

Testes disponíveis	Código SNS
<input type="checkbox"/> Pacote 1: pesquisa de mutações nos genes <i>BRCA1</i> e <i>BRCA2</i> - caso índice insAlu (sangue) + NGS (sangue ou FFPE) + MLPA (sangue) *	34900
<input type="checkbox"/> Pacote 2: pesquisa de mutações nos genes <i>BRCA1</i> e <i>BRCA2</i> - caso índice insAlu (sangue) + NGS (sangue ou FFPE) *	34900
<input type="checkbox"/> Pesquisa de mutações no gene <i>BRCA1</i> - caso índice	34543
<input type="checkbox"/> Pesquisa de mutações no gene <i>BRCA1</i> - estudo de familiar	34544
<input type="checkbox"/> Pesquisa de mutação fundadora no gene <i>BRCA2</i> (insAlu) - caso índice	36061
<input type="checkbox"/> Pesquisa de mutação fundadora no gene <i>BRCA2</i> (insAlu) - estudo de familiar	36062
<input type="checkbox"/> Pesquisa de mutações no gene <i>BRCA2</i> - caso índice	34547
<input type="checkbox"/> Pesquisa de mutações no gene <i>BRCA2</i> - estudo de familiar	34548
<input type="checkbox"/> Pesquisa de grandes rearranjos nos genes <i>BRCA1/BRCA2</i> - caso índice	36059
<input type="checkbox"/> Pesquisa de grandes rearranjos nos genes <i>BRCA1/BRCA2</i> - estudo de familiar	36060

*Inclui confirmação da origem da mutação (germinal ou somática).

Nota: o estudo somático, a partir de FFPEs, está disponível apenas para os pacotes 1 e 2.

CONSENTIMENTO INFORMADO, de acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada. (obrigatório - a ser preenchido pelo utente)

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.

Concordo Não concordo

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.

Concordo Não concordo

Assinatura do utente: _____ Data: ____/____/_____

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:

<input type="checkbox"/> Células epiteliais	<input type="checkbox"/> Sangue
<input type="checkbox"/> Células mesenquimatosas	<input type="checkbox"/> Fibrina
<input type="checkbox"/> Células da resposta inflamatória/imunitária	<input type="checkbox"/> Muco
	<input type="checkbox"/> Outro(s) _____

Patologia / Diagnóstico Clínico / Informação relevante sobre a amostra:

Médico Patologista: _____ Hospital: _____

Contacto directo (Tel. ou email): _____

Assinatura: _____

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