

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: _____
--	---

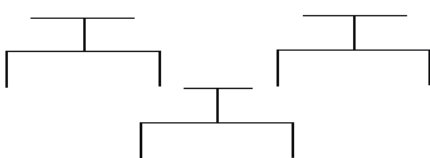
INFORMAÇÃO DO DOENTE / UTENTE (preenchimento obrigatório ou colar vinheta)	
Nome:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N.º Identificação / N.º Processo clínico: _____	Data de nascimento: ____/____/____

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:

Homem
 Mulher
 Afectado
 Portadores
 Falecidos
 Consanguinidade
 ↗ 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 Requiritante:	Data:..... /...../.....
---------------------------------	-------------------------

	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 tomei conhecimento da Política de Privacidade da GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular, S.A., disponível em <https://genomed.pt/politica-de-privacidade-e-de-cookies/> e dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais.

Concordo Não concordo

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.

REQUISIÇÃO DIAGNÓSTICO GENÉTICO

TESTES BRCA

Caracterização da Amostra enviada: Exame nº: _____ Data da colheita: _____
<input type="checkbox"/> Secções de parafina Macrodissecção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não % células neoplásicas _____
(Recomenda-se a realização de macrodissecção para enriquecimento da amostra quando a infiltração tumoral é inferior a 20%-30%)
<input type="checkbox"/> Bloco de parafina
Histologia: <input type="checkbox"/> Biópsia <input type="checkbox"/> Biópsia por agulha <input type="checkbox"/> Peça cirúrgica
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 (☎ ou @): _____
Assinatura: _____

PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE: Dr.ª Diana Antunes, MD (dianaantunes@medicina.ulisboa.pt) / Dr. Yuri Chiodo, PhD (ychiodo@medicina.ulisboa.pt) Ext. 47301/48308