

REQUISIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA

| | |
|--|--|
| Identificação (Preenchimento obrigatório): Colar etiqueta | A preencher pela GenoMed: Colar etiqueta(s) Recolhida a: ____/____/____; ____ H Conferido por: _____ <u>Serviço de transporte</u> Recolha GenoMed: ____ H; Entrega CEDOC: ____ H |
| Nome: | Preenchimento obrigatório |
| Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Médico Requiritante: |
| Data de Nascimento: | Hospital / Serviço: |
| N.º Identificação: | Telefone ou e-mail: |

| | |
|---|--|
| Recomendações para a colheita da amostra: Recomenda-se que o paciente não esteja constipado ou com o nariz bloqueado. O paciente deve assoar-se sem grande esforço antes do teste. | Colheita: Data:/...../..... Hora::..... Realizada por: |
|---|--|

Dados Clínicos/Informações Relevantes:

TESTES REQUISITADOS:

| | | |
|-------|--|--------------------------|
| 34900 | Vídeo-microscopia de alta velocidade para estudo Discinésia ciliar | <input type="checkbox"/> |
| 34900 | Microscopia electrónica para estudo Discinésia ciliar | <input type="checkbox"/> |

Consentimento Informado (a ser preenchido pelo utente):

Eu, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu / de[afiliação], [nome], nascido a/...../....., para a execução do(s) teste(s) acima especificado(s), 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/CEDOC/IMM 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. Declaro ainda que os resultados dos testes/dados clínicos poderão/não poderão [riscar o que não interessa] ser usados em publicações científicas de forma anónima e que a amostra poderá/não poderá [riscar o que não interessa] ser utilizada para fins de investigação, no âmbito de projeto aprovado por Comissão de Ética competente para o efeito. (De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 atualizada)

Assinatura do utente: **Local e Data:**/...../.....

Assinatura do Médico Requiritante: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE: GenoMed Tel: 21 799 9501 ext 47301

IMP 95.5