

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 Não

Se sim, por favor indique o **endereço institucional**: _____

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

Nome: _____ Sexo: F M
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* Cônjugue

Variante familiar conhecida? NÃO SIM

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

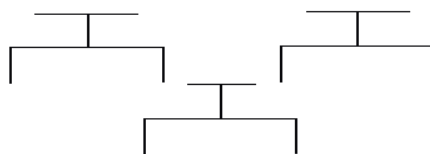
A variante foi identificada na GenoMed? NÃO SIM

*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 Afetado Portadores Falecidos Consanguinidade  Caso Índice



AMOSTRA

Sangue (EDTA) ADN Tumor ____% (percentagem de infiltração)

Outro (especifique) _____

COLHEITA

Data: ____/____/____

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. Yuri Chiodo, PhD (ychiodo@medicina.ulisboa.pt) Ext. 47301/48308

TESTE GENÉTICO REQUISITADO*

Doença/Gene(s): _____

Estudo de variante familiar (especificar na "Informação familiar") _____

Painel de genes por NGS, com pesquisa de CNVs (nome do painel): _____

Gene(s) (especifique): _____

Análise adicional de genes por NGS, com pesquisa de CNVs (baseado em exoma total) para:

Painel de NGS (nome do painel): _____

Gene(s) (especifique): _____

Exoma clínico (individual) (obrigatório preencher consentimento informado adicional – "Folheto informativo/Consentimento informado" - Anexo I)

Exoma clínico (individual), com pesquisa de CNVs (obrigatório preencher consentimento informado adicional – "Folheto informativo/Consentimento informado" - Anexo I)

Exoma clínico (trio), com pesquisa de CNVs (obrigatório preencher consentimento informado adicional – "Folheto informativo/Consentimento informado" - Anexo I)

Extração de ADN

Outros estudos*: _____

* Por favor consulte o nosso [website](http://www.genomed.pt) em www.genomed.pt. Se o teste pretendido não estiver listado, por favor entre previamente em contacto connosco.

CONSENTIMENTO INFORMADO (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

(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)

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