

REQUISIÇÃO DE ONCOLOGIA

Diagnóstico Molecular em Cancro da Tiroide

Iniciativa *Molecular Diagnosis in Thyroid Cancer* ⁽¹⁾



Informação do doente / utente (preenchimento obrigatório ou colar vinheta)

Nome: _____

Sexo: F M

Data de nascimento: ____/____/____

Nº Processo clínico: _____

A preencher pela GenoMed: Colar etiqueta(s)

Conferido por: _____

Diagnósticos elegíveis Iniciativa *Molecular Diagnosis in Thyroid Cancer* ⁽¹⁾ (selecionar adequado)

Carcinoma medular da tiroide avançado

Tumores diferenciados da tiroide refratários ao iodo em seguimento ou em progressão sob tratamento sistémico

Outros dados relevantes: _____

Teste Requisitado:

Biomarcadores em Cancro de Tiroide por NGS

Hotspots: BRAF; HRAS; KRAS; NRAS; PIK3CA; RET Fusões: ALK; BRAF; NTRK1; NTRK2; NTRK3; PPARG; RET.

Médico requisitante (preenchimento obrigatório)

Nome (ou colar vinheta): _____

Nº OM: _____

Contacto directo (Tel. ou email): _____

Hospital: _____

Serviço: _____

Autoriza o envio do relatório por e-mail? Sim Não Se sim, por favor indique o **endereço institucional**: _____

Consentimento Informado (a ser preenchido pelo médico):

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

Sim

Não

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

Sim

Não

Assinatura do Médico Requisitante:

Data: ____/____/____

Condições da Amostra

Bloco de parafina acompanhado de H&E representativa ou Secções de parafina: 6x20 µm (recomenda-se a realização de macrodissecção se a percentagem de células neoplásicas for inferior a 20-30%).

Condições de rejeição de amostra: Amostras sem tecido/conteúdo tumoral. Amostras descalcificadas.

Solicitamos o envio do relatório de Anatomia Patológica e/ou informação da percentagem de células neoplásicas.

Exame nº: _____ Data da ressecção/biópsia: _____

Peça cirúrgica Biópsia Biópsia por agulha cell-block

Macrodissecção Sim Não % Células Neoplásicas: _____

Informação relevante sobre a amostra (principais contaminantes, sangue, necrose ou outros)

Médico Patologista:

Hospital: _____

Contacto directo (Tel. ou email): _____

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: ____/____/____

(1) – requisição é válida apenas enquanto decorrer a Iniciativa *Molecular Diagnosis in Thyroid Cancer*
PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE: Dra. Ana Carla Sousa (assousa@medicina.ulisboa.pt) Ext. 47301

IMP 327_V.01