

## Utente

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Género  feminino  masculino

Email \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

## Requisitante

Nome \_\_\_\_\_

 Médico  Nutricionista Outro \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

## Amostra

Data da Colheita \_\_\_\_\_

Método de colheita:  Kit LifeStyle Genomics  Outro \_\_\_\_\_

## Informação Clínica

Tomou antibiótico nos últimos 3 meses?  Sim  Não  Não SeiTomou probiótico nos últimos 3 meses?  Sim  Não  Não SeiTem alguma das seguintes patologias?  
Se sim, assinale com uma cruz todas as que lhe tenham sido diagnosticadas.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2                                     | <input type="checkbox"/> Síndrome do intestino irritável  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão   | <input type="checkbox"/> Doença Inflamatória Intestinal<br>(ex: Doença de Crohn, Colite ulcerosa) |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia (colesterol ou triglicéridos elevados) | <input type="checkbox"/> Proliferação bacteriana excessiva no intestino delgado (SIBO)            |
| <input type="checkbox"/> Fígado gordo  | <input type="checkbox"/> Infecção por Clostridium difficile                                       |

## Consentimento Informado

Autorizo a realização do teste acima indicado sobre o qual fui previamente esclarecido de forma clara e objectiva sobre a aplicação e limitações do mesmo. Autorizo que os dados constantes deste formulário sejam registados e tratados apenas por profissionais devidamente autorizados garantindo a protecção e confidencialidade de acordo com a lei em vigor. Fui informado sobre o meu direito em revogar o consentimento em qualquer altura sem necessidade de justificação, enviando um email.

Assinatura do Utente \_\_\_\_\_  
(ou de representante legal se menor ou incapaz)