

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO / / _____

N.B. Colar também a etiqueta identificativa, ou escrever o nome(s) tubo(s) _____

REQUISIÇÃO DE ESTUDOS GENÉTICOS EM HEMATO-ONCOLOGIA

I. ENTIDADE REQUISITANTE

MÉDICO REQUISITANTE (LEGÍVEL) _____

TEL. _____

E-MAIL _____

II. AMOSTRA ENVIADA

1. PRODUTO ENVIADO _____

ENVIADO EM _____

/ / _____

 ASPIRADO MEDULAR SANGUE PERIFÉRICO ASPIRADO / BIÓPSIA GANGLIONAR

III. INFORMAÇÃO CLÍNICA

1. DIAGNÓSTICO (DISCRIMINE O MAIS POSSÍVEL) _____

 DEFINITIVO. ESPECIFIQUE: _____

FASE DA DOENÇA _____

 PROVISÓRIO. SUSPEITA: _____

 2. TERAPÊUTICA EM CURSO? NÃO ESTÁ A FAZER EM CURSO. QUAL? _____

 RECENTE. QUAL? _____

TERMINOU EM / / _____

 3. ESTUDOS (CITO)GENÉTICOS ANTERIORES? NÃO SIM _____

INFORMAÇÃO ANTERIOR: _____

4. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGUE RELEVANTES _____

IV. ANÁLISE PRETENDIDA (p.f. mencione todos os exames requisitados no termo de responsabilidade)

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA

 3044 Cariótipo de linfócitos em amostra biológica

 3085 FISH - del(13q14.3)

 3086 FISH - del(11q22.3)

 3087 FISH - del(17p)

 3088 FISH - trissomia 12

 3194 FISH - del(6q21)

 4203 Estudo do gene TP53 (NGS, Sanger)

 3205 KaryoFISH

MIELOMA MÚLTIPLO

 3044 Cariótipo de linfócitos em amostra biológica

 3122 FISH - del(17p)

 3140 FISH - t(4;14)

 3141 FISH - t(14;16)

 3039 FISH - t(11;14)

 3173 FISH - del(1p)/+1q

 3118 FISH - Painel [del(13q); del(17p); t(4;14); t(11;14)]

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS

 3175 FISH - t(14;18) [IgH/BCL2]

 3195 FISH - t(8;14) [MYC/IgH]

 3196 FISH - BCL6

LINFOMA FOLICULAR

 3175 FISH - t(14;18) [IgH/BCL2]

LINFOMA DE BURKITT

 3195 FISH - t(8;14) [MYC/IgH]

LINFOMA DE MALT

 3198 FISH - t(14;18) [IgH/MALT1]

 3197 FISH - t(11;18) [API2/MALT1]

LINFOMA DO MANTO

 3039 FISH - t(11;14) [CCND1/IgH]

LINFOMA LINFOPLASMOCÍTICO

 3121 Mutação L265P no gene MYD88

TRICOLEUCEMIA

 3072 Mutação V600E no gene BRAF

ESTUDO DA CLONALIDADE

 3199 Clonalidade B - IgH

 3200 Clonalidade T - TCRB

 3201 Clonalidade T - TCRG

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA

 MO 3044 SP 3004

Cariótipo de linfócitos

em amostra biológica

 MO 3159 SP 3169

 MO 3160 SP 3168

 MO 3161 SP 3166

 MO 3162 SP 3167

 MO 3162 SP 3167

 MO 3139 SP 3182

 MO 3202 SP 3203

 MO 3159 SP 3169

 MO 3160 SP 3168

 MO 3161 SP 3166

 MO 3162 SP 3167

 MO 3162 SP 3167

 MO 3139 SP 3182

LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA

 3014 FISH - t(9;22)

 3052 RT-PCR - t(9;22)(rearranjo BCR/ABL)

 3080 Quantificação de BCR/ABL t(9;22) (p190)

 3081 Quantificação de BCR/ABL t(9;22) (p210)

POLICITÊMIA VERA

 1582 Mutação V617F no gene JAK2

 2616 Mutações do exão 12 no gene JAK2

TROMBOCITÊMIA ESSENCIAL

 1582 Mutação V617F no gene JAK2

 3154 Mutações no gene CALR

 3155 Mutações no gene MPL

MIELOFIBROSE PRIMÁRIA

 1582 Mutação V617F no gene JAK2

 3154 Mutações no gene CALR

 3155 Mutações no gene MPL

HIPEREOSINOFILIAS

 3067 Rearranjos FIP1L1/PDGFRα

 3082 Rearranjos PDGFRβ

 3181 Rearranjos FGFR1

LEUCEMIA NEUTRÓFÍLICA CRÔNICA

 3176 Mutação T618I no gene CSF3R

MASTOCITOSE SISTÊMICA

 3062 Mutação D816V no gene c-kit

LEUCEMIAS MIELOÍDES AGUDAS

 3064 Rearranjo AML1/ETO [t(8;21)]

 3065 FISH - inv(16)(t(16;16) [CBFB-MYH11]

 3178 RT-PCR - t(15;17) [PML-RARA]

 3183 FISH - t(9;11) [MLL2- KMT2A]

 3284 FISH - t(6;9) [DEK- NUP214]

 3285 FISH - inv(3)(t(3;3) [GATA2, MECOM]

 3187 Mutações no gene NPM1

 3188 Mutações no gene CEBPA

 3189 Mutações no gene FLT3

LEUCEMIAS / LINFOMAS LINFOBLÁSTICOS B

 3052 RT-PCR - t(9;22)(rearranjo BCR/ABL)

 3190 FISH - t(v;11q23.3) [KMT2A]

 3191 FISH - t(12;21) [ETV6-RUNX1]

 3192 FISH - t(5;14) [IL3-IGH]

 3193 FISH - t(1;19) [TCF3-PBX1]

OUTROS ESTUDOS

 3044 Cariótipo de linfócitos em amostra biológica

CONSENTIMENTO INFORMADO

AUTORIZO a realização do(s) teste(s) genéticos acima indicado(s) sobre o(s) qual(s) fui previamente esclarecido de forma clara e objectiva sobre a aplicação e limitações dos mesmos. AUTORIZO a colheita da amostra biológica necessária à realização do(s) teste(s) genético(s) indicados pelo Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa ou, quando necessário, por outros laboratórios designados pelo 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. DOU O MEU CONSENTIMENTO para que o(s) resultado(s) sejam enviado(s) ao médico prescriptor. FUI INFORMADO sobre o meu direito em revogar o consentimento em qualquer altura sem necessidade de justificação, enviando um email.

ASSINATURA DO UTENTE OU REPRESENTANTE LEGAL (MENOR OU MAIOR INCAPAZ) OBRIGATÓRIO _____

DATA _____

ASSINATURA DO MÉDICO OBRIGATÓRIO _____

CONTACTO P/ ENVIO DE RESULTADO OBRIGATÓRIO _____

IMPORTANTE: Enviar a amostra no dia de colheita. Não enviar à sexta-feira, nem em vésperas de feriado (consultar Laboratório Central).