

NOME

DATA DE NASCIMENTO

/ /

## REQUISIÇÃO DE ESTUDOS GENÉTICOS PRÉ-NATAIS

### I. ENTIDADE REQUISITANTE

MÉDICO REQUISITANTE (LEGÍVEL)

EMAIL

TEL.

MORADA

### II. AMOSTRA ENVIADA E DADOS DA COLHEITA

#### 1. PRODUTO ENVIADO

- LÍQUIDO AMNIÓTICO    SANGUE FETAL    VILOSIDADES CORIÓNICAS (COLHEITA:  TRANSCERVICAL    TRANSABDOMINAL)  
 OUTRO ESPECIFIQUE:

2. COLHEITA EFECTUADA NA DATA / / POR DR./DR<sup>a</sup>:

### III. INFORMAÇÃO CLÍNICA

1. IDADE GESTACIONAL POR ECOGRAFIA: SEMANAS PELA DUM: SEMANAS

2. SEXO FETAL  MASCULINO    FEMININO    NÃO AVALIADO

#### 3. INDICAÇÃO PARA DPN

- IDADE MATERNA AVANÇADA  
 FILHO ANTERIOR COM CROMOSSOMOPATIA. QUAL O CARIÓTIPO?  
 RASTREIO BIOQUÍMICO POSITIVO. REALIZADO POR: EM / / RISCO CALCULADO:  
 RASTREIO ECOGRÁFICO (TN AUMENTADA). REALIZADO POR: EM / / RISCO CALCULADO:  
 ANOMALIAS ECOGRÁFICAS. ESPECIFIQUE:  
 PROGENITOR PORTADOR DE CROMOSSOMOPATIA:  
 OUTRA, ESPECIFIQUE:

### IV. ANÁLISE PRETENDIDA (PF MENCIONE TODOS OS EXAMES REQUISITADOS NO TERMO DE RESPONSABILIDADE)

- CARIÓTIPO  
 PESQUISA RÁPIDA DE ANEUPLOIDIAS (CROMOSSOMAS 13, 18, 21, X E Y) POR PCR QUANTITATIVO  
 FISH. ESPECIFIQUE:  
 ESTUDO MOLECULAR. ESPECIFIQUE:  
 OUTRO ESTUDO. ESPECIFIQUE:

### V. RESULTADO

ENVIAR RESULTADO  SÓ POR CARTA    TAMBÉM POR FAX. N.º    TAMBÉM POR TELEFONE. N.º

**CONSENTIMENTO INFORMADO:** Autorizo a realização do(s) teste(s) acima indicado(s) sobre o(s) qual(s) fui previamente esclarecido de forma clara e objectiva. Autorizo a colheita e conservação da amostra biológica necessária à realização do(s) teste(s) genético(s) 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. Dou o meu consentimento para que o(s) resultado(s) sejam enviado(s) ao meu médico. Fui informado sobre o meu direito em revogar o consentimento em qualquer altura sem necessidade de justificação.

Aceito    Não aceito   Que a(s) amostra(s) biológica(s) possam ser usadas para investigação

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

DATA DE ENTRADA (NÃO PREENCHER)

ASSINATURA MÉDICO

CONTACTO P/ ENVIO DE RESULTADO

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