

NOME

DATA DE NASCIMENTO

/ /

REQUISIÇÃO DE ESTUDOS GENÉTICOS PÓS-NATAIS

I. ENTIDADE REQUISITANTE

MÉDICO REQUISITANTE (LEGÍVEL)

EMAIL

TEL.

II. AMOSTRA ENVIADA

COLHEITA EFECTUADA NA DATA

/ /

III. INFORMAÇÃO CLÍNICA

1. QUAL OU QUAIS DAS SEGUINTES HIPÓTESES JUSTIFICARAM A REQUISIÇÃO DO ESTUDO?

ATRASO MENTAL DISMORFIAS / MALFORMAÇÕES PF DESCREVA SUMARIAMENTE AS ALTERAÇÕES MAIS RELEVANTES:

AMBIGUIDADE GENITAL

ATRASO DE CRESCIMENTO/MÁ PROGRESSÃO (ESTATURADO-PONDERAL) ESTATURA CM (PERCENTIL:) PESO KG (PERCENTIL:)

AMENORREIA PRIMÁRIA AMENORREIA SECUNDÁRIA MENOPAUSA PRECOCE

INFERTILIDADE CASAL COM ABORTAMENTOS DE REPETIÇÃO SE SIM, Nº DE ABORTOS ESPONTÂNEOS:

FAMILIAR COM ALTERAÇÃO CROMOSSÓMICA QUAL A ALTERAÇÃO? GRAU DE PARENTESCO:

2. QUAL A SUSPEITA DE DIAGNÓSTICO?

TRISSOMIA 21 (SÍNDROME DE DOWN) TRISSOMIA 18 (SÍNDROME DE EDWARDS) TRISSOMIA 13 (SÍNDROME DE PATAU)

SÍNDROME DE TURNER (45,X) SÍNDROME DE KLINEFELTER (47,XXY) SÍNDROME DO X-FRÁGIL

SÍNDROME DE ANGELMAN SÍNDROME DE PRADER-WILLI CATCH 22 (S. DIGEORGE, VELOCARDIOFACIAL)

SÍNDROME DE WILLIAMS SÍNDROME DE LEJEUNE ("MIAR DE GATO" – 5P-) SÍNDROME DE WOLF-HIRSCHORN (4P-)

OUTRA PATOLOGIA (PF DISCRIMINE NO PONTO 4) OUTRA ANOMALIA CROMOSSÓMICA QUAL?

3. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGUE RELEVANTES

IV. ANÁLISE PRETENDIDA (P.F. MENCIONE TODOS OS EXAMES REQUISITADOS NO TERMO DE RESPONSABILIDADE)

CARIÓTIPO ESTUDO POR FISH PARA SITUAÇÃO ACIMA INDICADA

ARRAY DE BAIXA RESOLUÇÃO (ACGH) ARRAY DE ALTA RESOLUÇÃO (SNP ARRAY)

PESQUISA MOLECULAR DE X-FRÁGIL OUTRO ESTUDO. QUAL?

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).