

REQUISIÇÃO DE ESTUDO

PATOLOGIA EMBRIOFETAL E PLACENTAR

MÉDICO REQUISITANTE

NOME DO MÉDICO*

ORDEM DOS MÉDICOS Nº

INSTITUIÇÃO*

SERVIÇO

EMAIL*

TELEFONE

PAÍS

 INFORMAÇÃO DO DOENTE
(preencher ou colocar vinheta)

NOME*

DATA DE NASCIMENTO* (dd/mm/aaaa)

Nº PROCESSO CLÍNICO

EMAIL

TELEFONE

SEXO*

feminino

EM CASO DE EMISSÃO DE FATURA EM NOME DO DOENTE:

NIF

MORADA

CÓDIGO POSTAL

CIDADE

PAÍS

AMOSTRA*

VER NOTA NO VERSO

 PRODUTO ABORTAMENTO
(< 11 semanas)

 PLACENTA

 GRAVIDEZ ECTÓPICA

 FETO
(11-24 semanas)

 FETO
(> 24 semanas)

 RECÉM-NASCIDO

ESTUDO REQUISITADO*

 Exame Anátomo-Patológico

- Produto de Abortamento
- Placenta
- Gravidez ectópica
- Útero
- Outro _____

 Autópsia

Obrigatória assinatura da declaração de consentimento (no verso)

- Fetal
- Neonatal
- Pós-neonatal
- Exéquias

 Cariótipo

- FISH – sonda(s)
- Sequenciação de gene(s) específico(s)
- Outro

 Para outras análises e requisitos de amostra consulte www.cggenetics.com

INFORMAÇÃO CLÍNICA*

HISTÓRIA FAMILIAR _____

HISTÓRIA PESSOAL _____

HISTÓRIA OBSTÉTRICA Gesta _____ Para _____ Perdas anteriores (IG) _____

 GRÁVIDEZ ATUAL UPM _____ / _____ / _____ IG _____ s, _____ d (amenorreia); _____ s, _____ d (ecográficas). AE IMG MF MNN

DIAGNÓSTICO CLÍNICO _____

QUESTÕES A ESCLARECER _____

ACHADOS PRÉ-NATAIS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO CLÍNICO-PATOLÓGICO*

*GRAVIDEZ GEMELAR (obrigatório referenciar compartimentos) _____

 EXAMES REALIZADOS RPN _____ Cariótipo LA _____ BVC _____ Outro _____

DATA DE PRÓXIMA CONSULTA _____ / _____ / _____

Confirmando que (i) o doente (ou representante legal) consente a realização do exame e obteve o consentimento informado do mesmo, (ii) o consentimento informado do doente cumpre os requisitos obrigatórios por lei e que (iii) estou a facultar ao CGC Genetics toda a informação clínica indispensável à realização do exame.

Confirmando que (i) fui informado(a) sobre os benefícios, riscos e limitações do exame a realizar, (ii) coloquei todas as questões que considero pertinentes e entendi as explicações. Autorizo a realização do exame requisitado e a utilização da amostra conforme indicado no verso.

 Concordo

 Não concordo

A amostra pode ser utilizada para fins de investigação científica.

 Concordo

 Não concordo

ASSINATURA DO MÉDICO _____

(obrigatória)

Data: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO DOENTE _____

(ou representante legal, obrigatório; em caso de autópsia, obrigatória assinatura da declaração de consentimento, no verso)

Data: _____ / _____ / _____

PÁG. 1/2

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE AUTÓPSIA

_____, portadora do B.I./C.C. nº _____, do Arquivo de Identificação de _____, emitido em _____, e _____, portador do B.I./C.C. nº _____, do Arquivo de Identificação de _____, emitido em _____, residentes em _____, declaram, nos termos e para os efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º

274/99, de 22 de Julho, e tendo em conta a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo, que autorizam a realização da autópsia do seu filho do sexo _____, nado morto/nado vivo/recém-nascido/lactente em ____/____/____ no _____, no Centro de

Genética Clínica e Patologia SA, Porto, por se tratar de entidade autorizada para o efeito nos termos da legislação supra referida.

Declaram expressamente, que autorizam:

- i. A realização de todos os exames que se entendam necessários à boa prossecução dos fins de diagnóstico clínico-patológico segundo as normas éticas e técnicas definidas pela *legis artis*;
- ii. A colheita de produtos biológicos de interesse clínico imediato e/ou para uso futuro, no contexto de evolução médico-científica que o justifique, tanto no âmbito do caso concreto como de situações similares;
- iii. A divulgação dos resultados, para os fins de ensino e/ou de investigação científica;
- iv. **Que para além do contemplado em i) ii) e iii) pretendem (assinalar a opção):**

- A doação do corpo.
- A devolução do corpo para funeral.

Declaram que foram integralmente esclarecidos sobre todos os aspetos inerentes a este procedimento e à forma como o mesmo é conduzido pelos respetivos Médicos Assistentes, motivo pelo qual entenderam ser o mesmo vantajoso e dão o seu consentimento informado.

_____ (Localidade), _____ de _____ de 20 _____

(assinatura da mãe)

e/ou

(assinatura do pai)

RECOMENDAÇÕES

Na suspeita clínica de infeção deverá colher-se, no bloco operatório, fragmentos da placenta (de cada um quadrantes), das membranas e do cordão que deverão ser enviados para o laboratório de Microbiologia.

Do estudo anátomo-patológico da placenta em:

Situações fetais: prematuridade; RCIU; anomalias congénitas; hidròpsia/eritroblastose fetal; Doppler/CTG patológico; presença de mecónio; APGAR alterado; má evolução neonatal; MF (incluindo fetos macerados); MNN.

Situações materna/obstétrica: diabetes e hipertensão incluindo gestacional; outras doenças sistémicas – trombofilias, SAF, patologia endócrina, etc; RPM; PPT; parto pós-termo; febre inexplicada; má história obstétrica; história de drogas; oligohidrâmnio/polihidrâmnios; enfarte do leito placentar; placenta abrupta; placenta prévia; placenta acreta.

Patologia da placenta: Qualquer morfologia anormal da placenta/cordão/membranas/vasos; tumores, incluindo doença neoplásica do trofoblasto.

Gestação múltipla.

AVISO LEGAL

Privacidade e resultados. CGC Genetics garante a proteção e confidencialidade dos dados do doente e de toda a informação originada durante todo o processo, de acordo com a lei. O resultado do exame será entregue ao médico que o requisitou. Se desejar, por favor solicite uma cópia dos resultados do exame diretamente ao seu médico. Este é responsável pela interpretação e explicação dos resultados. A equipa médica do CGC Genetics está disponível para os esclarecimentos necessários ao seu médico sobre qualquer dúvida relativamente ao exame realizado.

Direitos do doente. O doente poderá exercer o direito de acesso, retificação e cancelamento dos dados fornecidos através de email dirigido a CGC Genetics, Direção Clínica, enviado para o dcc@cgcgenetics.com (Portugal) ou customercare@cgcgenetics.com (outros países).