

REQUISIÇÃO DE ESTUDO GENÉTICO PÓS-NATAL

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
-
-
- masculino

EM CASO DE EMISSÃO DE FATURA EM NOME DO DOENTE:

NIF

MORADA

CÓDIGO POSTAL

CIDADE

PAÍS

AMOSTRA*

MATERIAL BIOLÓGICO

 SANGUE PERIFÉRICO

 DNA

 OUTRO

LOCAL DA COLHEITA

DATA E HORA DA COLHEITA (dd/mm/aaaa)

ESTUDO REQUISITADO*

- Cariótipo
- Array CGH
- Mutação familiar (anexar relatório genético do caso índex)
Gene e mutação(ões) _____
RefSeq _____
- Sequenciação de gene(s) específico(s) *especificar* _____
- Painel NGS para *especificar* _____
- Disease Exome by CGC Genetics
- Whole Exome Sequencing (WES) – TRIO
- Outro (MLPA/expansões trinucleótidas/FISH) – para outras análises consulte www.cgcgenetics.com

INFORMAÇÃO CLÍNICA*

Referir indicação para estudo genético, descrição do quadro clínico e antecedentes familiares relevantes. Para o estudo de portador ou pré-sintomático, anexar cópia do relatório do caso índex.

continuar na página seguinte

Confirmando que (i) o doente (ou representante legal) consente a realização do teste 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 teste.

Confirmando que (i) fui informado(a) sobre os benefícios, riscos e limitações do teste a realizar, (ii) coloquei todas as questões que considero pertinentes e entendi as explicações. Autorizo a realização do exame Genético requisitado e a utilização da amostra para este fim.

 Concordo Não concordo

A amostra pode ser utilizada também para fins de investigação científica.

 Concordo Não concordo

 ASSINATURA DO MÉDICO _____
 (obrigatório)

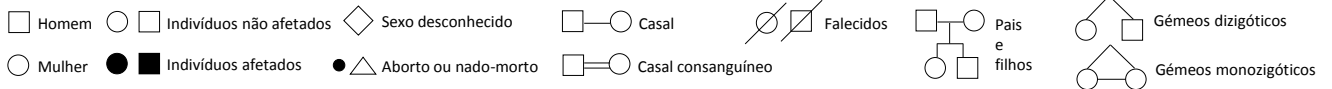
 ASSINATURA DO DOENTE _____
 (a utilizar caso não exista outro consentimento informado)

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

INFORMAÇÃO CLÍNICA (continuação)

ÁRVORE GENEALÓGICA



AVISO LEGAL

Procedimento de Teste. Para a realização do exame genético é necessário uma amostra da pessoa a estudar, como sangue periférico. A(s) amostra(s) deverá(ão), de seguida, ser enviada(s) para CGC Genetics/Centro de Genética Clínica, Rua Sá da Bandeira, 706 – 1º, 4000-432 Porto, Portugal, que após realização do teste, enviará o resultado diretamente para o médico requisitante.

Limitações do Teste. O médico requisitante deverá esclarecer as informações sobre o teste, incluindo as limitações e riscos do mesmo, descrições das alterações genéticas testadas e o que o resultado poderá significar para o doente. É recomendado aconselhamento antes e depois da realização do teste. As seguintes limitações podem estar associadas ao estudo genético pós-natal: 1) O laboratório poderá não conseguir concretizar o teste porque a amostra se encontra em mau estado, impedindo o seu processamento, ou por outros problemas técnicos que impeçam um resultado conclusivo. Nestas situações, e sempre que seja possível, o CGC Genetics contactará o doente ou médico requisitante para determinar o procedimento a seguir. 2) Existe a possibilidade de uma segunda amostra ter de vir a ser requisitada no caso de existir material insuficiente para uma análise adequada ou numa situação de resultados discrepantes.

Privacidade e resultados do teste. 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 seu teste será entregue ao médico que o requisitou. Se desejar, por favor solicite uma cópia dos resultados do teste diretamente ao seu médico. Este é responsável pela interpretação e explicação dos resultados a si. A equipa de Médicos Geneticistas do CGC Genetics está disponível para os esclarecimentos necessários ao seu médico sobre qualquer dúvida relativamente ao teste 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).