

## REQUISIÇÃO DE ESTUDO GENÉTICO PRÉ-NATAL

MÉDICO REQUISITANTE

NOME DO MÉDICO\*

ORDEM DOS MÉDICOS Nº

INSTITUIÇÃO\*

SERVIÇO

EMAIL\*

TELEFONE

PAÍS

 INFORMAÇÃO DA GRÁVIDA  
(preencher ou colocar-víñheta)

NOME\*

DATA DE NASCIMENTO\* (dd/mm/aaaa)

Nº PROCESSO CLÍNICO

EMAIL

TELEFONE

SEXO\*

*feminino*

EM CASO DE EMISSÃO DE FATURA EM NOME DA GRÁVIDA:

NIF

MORADA

CÓDIGO POSTAL

CIDADE

PAÍS

AMOSTRA\*

 MATERIAL BIOLÓGICO  LÍQUIDO AMNIÓTICO  VILOSIDADES CORIÓNICAS  SANGUE FETAL  SANGUE MATERNO  OUTRO \_\_\_\_\_

LOCAL DA COLHEITA

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

### ESTUDO REQUISITADO\*

 **Investigação de contaminação materna**  
(enviar amostra de sangue materno [5 mL/EDTA]; a validação de todos os estudos moleculares em pré-natal e cariótipo de CVS femininos depende da realização deste estudo adicional)

 Cariótipo

 QF-PCR para aneuploidias do cromossoma 13, 18, 21, X e Y

 Array CGH

 Mutação familiar (anexar relatório genético do caso index)

Gene e mutação(ões)

RefSeq

 Fibrose quística (mutações frequentes do *CFTR*)

 Painel NGS displasias esqueléticas

 Painel NGS síndrome de Noonan e espectro Noonan

 Painel NGS para craniossinostoses

 Outro – para outras análises consulte [www.cgcggenetics.com](http://www.cgcggenetics.com)

### INFORMAÇÃO CLÍNICA\*

IDADE GESTACIONAL À DATA DA COLHEITA

\_\_\_\_\_ semanas, \_\_\_\_\_ dias.

 Idade materna avançada (35+)

 Rastreo pré-natal com risco aumentado

 TN aumentada

 Anomalia(s) ecográfica(s) \_\_\_\_\_

 História familiar de \_\_\_\_\_

 Outro \_\_\_\_\_

Seleccione pelo menos uma opção

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 informada sobre os benefícios, riscos e limitações do teste a realizar, (ii) coloquei todas as questões que considero pertinentes e entendi as explicações e (iii) compreendo que um resultado normal não garante um bebé normal. 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)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DA GRÁVIDA \_\_\_\_\_

(a utilizar caso não exista outro consentimento informado)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

