

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^a:

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:

CONSENTIMENTO INFORMADO

AUTORIZO a realização do(s) teste(s) genéticos acima indicado(s) sobre o(s) qual(s) fui previamente esclarecido de forma clara e objectiva sobre a aplicação e limitações dos mesmos.

AUTORIZO a colheita da amostra biológica necessária à realização do(s) teste(s) genético(s) indicados 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 garantindo a protecção e confidencialidade de acordo com a lei em vigor.

DOU O MEU CONSENTIMENTO para que o(s) resultado(s) sejam enviado(s) ao médico prescritor.

FUI INFORMADO sobre o meu direito em revogar o consentimento em qualquer altura sem necessidade de justificação, enviando um email.

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

ASSINATURA DO MÉDICO OBRIGATÓRIO

CONTACTO P/ ENVIO DE RESULTADO OBRIGATÓRIO

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