

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 (ESTATURO-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 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) 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 prescriptor.

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).