

NOME

DATA DE NASCIMENTO

N.B. Colar também a etiqueta identificativa, ou escrever o nome no(s) tubo(s)

REQUISIÇÃO DE ESTUDOS GENÉTICOS EM HEMATO-ONCOLOGIA

I. ENTIDADE REQUISITANTE

MÉDICO REQUISITANTE (LEGÍVEL)

TEL.

E-MAIL

II. AMOSTRA ENVIADA

1. PRODUTO ENVIADO

ENVIADO EM

/ /

☐ ASPIRADO MEDULAR ☐ SANGUE PERIFÉRICO ☐ ASPIRADO / BIÓPSIA GANGLIONAR

III. INFORMAÇÃO CLÍNICA

1. DIAGNÓSTICO (DISCRIMINE O MAIS POSSÍVEL)

☐ DEFINITIVO. ESPECIFIQUE:

FASE DA DOENÇA

☐ PROVISÓRIO. SUSPEITA:

2. TERAPÊUTICA EM CURSO? ☐ NÃO ESTÁ A FAZER ☐ EM CURSO. QUAL?

☐ RECENTE. QUAL?

TERMINOU EM

/ /

3. ESTUDOS (CITO)GENÉTICOS ANTERIORES? ☐ NÃO ☐ SIM

INFORMAÇÃO ANTERIOR:

4. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGUE RELEVANTES

IV. ANÁLISE PRETENDIDA (p.f. mencione todos os exames requisitados no termo de responsabilidade)

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA

☐ Cariótipo de linfócitos em amostra biológica
☐ FISH - del(13q14.3)
☐ FISH - del(11q22.3)
☐ FISH - del(17p)
☐ FISH - trissomia 12
☐ FISH - del(6q21)
☐ Estudo do gene TP53 (NGS, Sanger)
☐ KaryoFISH

MIELOMA MÚLTIPLO

☐ Cariótipo de linfócitos em amostra biológica
☐ FISH - del(17p)
☐ FISH - t(4;14)
☐ FISH - t(14;16)
☐ FISH - t(11;14)
☐ FISH - del(1p)/+1q
☐ FISH - Pannel [del(13q); del(17p); t(4;14); t(14;16)]

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS

☐ FISH - t(14;18) [IgH/BCL2]
☐ FISH - t(8;14) [MYC/IgH]
☐ FISH - BCL6

LINFOMA FOLICULAR

☐ FISH - t(14;18) [IgH/BCL2]

LINFOMA DE BURKITT

☐ FISH - t(8;14) [MYC/IgH]

LINFOMA DE MALT

☐ FISH - t(14;18) [IgH/MALT1]
☐ FISH - t(11;18) [API2/MALT1]

LINFOMA DO MANTO

☐ FISH - t(11;14) [CCND1/IgH]

LINFOMA LINFOPLASMOCÍTICO

☐ Mutação MYD88 L265P
TRICOLEUCEMIA
☐ Mutação V600E no gene BRAF

ESTUDO DA CLONALIDADE

☐ Clonalidade B - IgH
☐ Clonalidade T - TCRB
☐ Clonalidade T - TCRG

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA

☐ Cariótipo de linfócitos em amostra biológica
☐ FISH - trissomia 8
☐ FISH - del(20q12)
☐ FISH - del(5q31)
☐ FISH - monossomia 7
☐ FISH - del(7q)
☐ FISH - del(17p)
☐ FISH - Pannel [del(5q); del(7q); del(20q)]

LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA

☐ FISH - t(9;22)
☐ RT-PCR - t(9;22)(rearranjo BCR/ABL)
☐ Quantificação de BCR/ABL t(9;22) (p190)
☐ Quantificação de BCR/ABL t(9;22) (p210)

POLICITÊMIA VERA

☐ Mutação V617F no gene JAK2
☐ Mutações do exão 12 no gene JAK2

TROMBOCITÊMIA ESSENCIAL

☐ Mutação V617F no gene JAK2
☐ Mutações no gene CALR
☐ Mutações no gene MPL

MIELOFIBROSE PRIMÁRIA

☐ Mutação V617F no gene JAK2
☐ Mutações no gene CALR
☐ Mutações no gene MPL

HIPEREOSINOFILIAS

☐ Rearranjos FIP1L1/PDGFRα
☐ Rearranjos PDGFRB
☐ Rearranjos FGFR1

LEUCEMIA NEUTROFÍLICA CRÔNICA

☐ Mutação T618I no gene CSF3R

MASTOCITOSE SISTÊMICA

☐ Mutação D816V no gene c-kit

LEUCEMIAS MIELOÍDES AGUDAS

☐ t(8;21) [RUNX1-RUNX1T1]
☐ inv(16)/t(16;16) [CBFB-MYH11]
☐ t(15;17) [PML-RARA]
☐ t(9;11) [MLLT3-KMT2A]
☐ t(6;9) [DEK-NUP214]
☐ inv(3)/t(3;3) [GATA2, MECOM]
☐ t(1;22) [RBM15-MKL1]
☐ Mutações no gene NPM1
☐ Mutações no gene CEBPA
☐ Mutações FLT3

LEUCEMIAS / LINFOMAS LINFOBLÁSTICOS B

☐ t(9;22) [BCR-ABL]
☐ t(v;11q23.3) [KMT2A]
☐ t(12;21) [ETV6-RUNX1]
☐ t(5;14) [IL3-IGH]
☐ t(1;19) [TCF3-PBX1]

OUTROS ESTUDOS

☐ Cariótipo de linfócitos em amostra biológica
☐
☐

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

DATA

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).