



IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR (campo obrigatório, riscar o que não interessa)

Nome: _____ Data nascimento _____
Sexo: ☐ M ☐ F; Etnia e origem geográfica: - do familiar _____; - da
Mãe _____, - do Pai _____, Nº processo
hospitalar/consulta: _____

Vinheta de identificação /
Código de barras

Colar neste espaço a vinheta de
identificação / Código de barras

IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (campo obrigatório)

☐ Sangue total ☐ DNA ☐ Saliva

URGENTE ☐

Motivo: _____

INFORMAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE (campo obrigatório)

Médico: _____
Morada: _____
Instituição: _____ Departamento: _____
Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

TESTE MOLECULAR REQUERIDO (campo obrigatório)

Avaliação genética de uma mutação previamente identificada num caso familiar ☐

Gene _____, Alteração genética a ser avaliada _____

Patologia a ser avaliada: Trombofilia hereditária ☐, Marcadores de risco molecular para hipertensão arterial ☐,
Miocardiopatia Hipertrófica ☐, Miocardiopatia Arritmogénica do Ventrículo Direito ☐, Miocardiopatia Dilatada ☐, Síndrome de
Brugada ☐, Síndrome do QT Longo ☐, Síndrome do QT Curto ☐, Síndrome de Leopard ☐, Síndrome de Noonan e Síndromes
Associadas ☐, Síndrome de Marfan e Síndromes associadas ☐, Hipercolesterolemia familiar ☐

CONSULTA DE GENÉTICA MÉDICA: Data ____/____/____;

RAZÕES PARA O TESTE: Diagnóstico ☐, Diagnóstico pré-sintomático ☐, Portador ☐

O membro da família considerado caso index foi testado na HeartGenetics?

☐ Não. Por favor inclua uma cópia do relatório de resultados do caso índice.

☐ Sim. Por favor completar a informação seguinte:

Relação familiar do caso índice: _____ Nome do caso índice _____

Data de nascimento _____; Sexo: ☐ M ☐ F



Nome: _____

Nº processo hospitalar/consulta: _____

INFORMAÇÃO CLÍNICA

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

TERAPÊUTICA

ANEXO

- ☐ Tubos marcados com a informação relativa ao caso *índice* (doente, propósito) / familiar
- ☐ **Sangue** total (preferencial), Data de colheita: ____ / ____ / ____, Condições: 4mL ou 2X 3mL em tubo de hemograma com spray K₂EDTA ou K₃EDTA
- ☐ **DNA**, Data de colheita: ____ / ____ / ____; Volume ____ µL; Concentração ____ µg/mL; Método de Purificação: _____; Condições: mínimo 300ng a 35ng/µL,
- ☐ Saliva (Kit de recolha aconselhado: *Oragene DNA collection kit*, Genotek)

CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)

Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de _____ [afiliação/ nome] para realização do teste genético especificado nesta requisição. Declaro que me foi disponibilizada a informação necessária sobre a realização do mesmo e que compreendo o interesse e limitações do teste de estudo genético que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.

Autorizo o tratamento anonimizado de dados digitais: sim ☐ não ☐

Autorizo que o produto biológico e dados clínicos sejam utilizados anonimizados na investigação da doença: sim ☐ não ☐

Local e Data _____; ____ / ____ / 20____ **Assinatura** _____

Assinatura do Médico Requisitante _____