



**IDENTIFICAÇÃO DO CASO INDEX (DOENTE/PROPÓSITO) / FAMILIAR** (campo obrigatório, riscar o que não interessa)

Nome: \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_\_  
Sexo: ☐ M ☐ F; Etnia e origem geográfica: - do propósito \_\_\_\_\_;  
- 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)

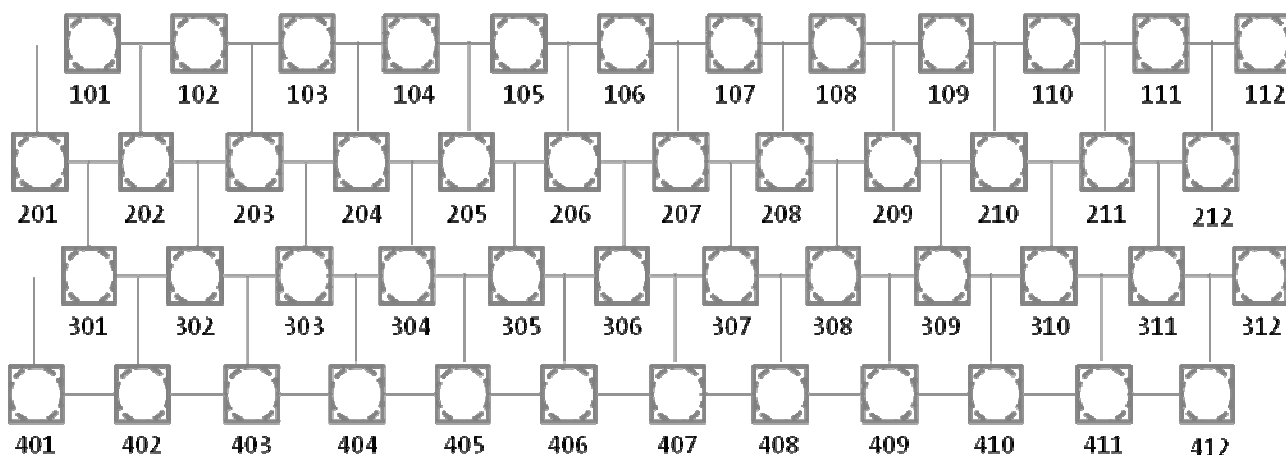
**Avaliação genética de trombofilia hereditária** ☐

Avaliação de alterações genéticas que constituem um fator de risco associado a trombofilia por: 1) resultarem numa deficiência dos inibidores naturais da coagulação e 2) promoverem o aumento do nível dos fatores da coagulação. São avaliadas 14 alterações genéticas ao nível dos genes *FII*, *FV*, *F13A*, *FBG*, *GP1BA*, *MTHFR*, *PAI1*, *PROCR*, *PROS1* e *SERPINC1*.

**CONSULTA DE PRÉVIA DE GENÉTICA MÉDICA:** Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; **IDADE DE DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_

**INFORMAÇÃO FAMILIAR**

Identificação na árvore genealógica do caso index (doente ou propósito) e familiares. Assinalar o indivíduo do presente estudo com uma seta (↗).





Nome: \_\_\_\_\_  
Nº processo hospitalar/consulta: \_\_\_\_\_

Posição na árvore	Nome / Nº processo hospitalar	Informação clínica e idade de diagnóstico

### 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* K<sub>2</sub>EDTA ou K<sub>3</sub>EDTA
- ☐ **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 de trombofilia 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 \_\_\_\_\_