



**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 ☐, 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 Syndrome e Síndromes Associados ☐, Síndrome de Marfan e Síndromes associados ☐

**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 index.

☐ Sim. Por favor completar a informação seguinte:

Relação familiar do caso index: \_\_\_\_\_ Nome do caso index \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_; Sexo: ☐ M ☐ F

**INFORMAÇÃO CLÍNICA**

**EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR**  
**AValiação Genética de Caso Familiar**

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

**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, Condições Ex: *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 de dados digitais: sim ☐ não ☐

Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim ☐ não ☐

**Local e Data** \_\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_ **Assinatura** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Requisitante** \_\_\_\_\_