



## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR

### AVALIAÇÃO DE MARCADORES GENÉTICOS DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

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

Acrónimo: \_\_\_\_\_ (1ª letra de cada nome ou um número) ; Idade: \_\_\_\_\_; 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; ☐ Células de epitélio bucal ou saliva; ☐ Outro \_\_\_\_\_

**URGENTE** ☐  
Motivo: \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÃO DO MÉDICO (campo obrigatório)

Médico \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### TESTE MOLECULAR REQUERIDO (campo obrigatório)

##### Avaliação de marcadores genéticos de risco para hipertensão arterial

Avaliação dos marcadores genéticos que podem ser considerados marcadores moleculares de predisposição para a hipertensão arterial, em particular alterações genéticas que estão relacionados com:

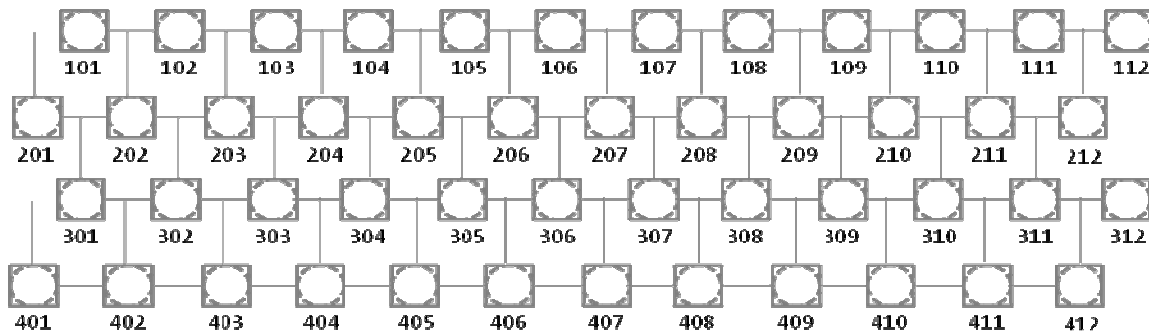
- 1) o sistema renina-angiotensina-aldosterona ☐
- 2) a disfunção do sistema do endotélio vascular ☐
- 3) a ansa tubular renal ☐
- 4) o sistema nervoso autónomo ☐
- 5) doenças mendelianas associadas a hipertensão arterial ☐
- 6) variantes polimórficas/SNPs ☐

No total são avaliadas 80 marcadores genéticos, em 45 genes, associados à hipertensão arterial.

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

**INFORMAÇÃO FAMILIAR** Identificação na árvore genealógica do caso índice (doente ou propósito) e familiares.

Assinalar o indivíduo do presente estudo com uma ↗.



Posição na árvore	Nº processo hospitalar / acrónimo	Informação clínica e data de diagnóstico

anos (A) hipertensão arterial (HTA), HTA na grávida, enfarte agudo do miocárdio (EAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial periférica (DAP), patologia da retina (PR), morte súbita (MS)

**INFORMAÇÃO CLÍNICA/ EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

Informação Clínica	Dados
Data de diagnóstico de HTA	____(dia) / ____ (mês) / ____ (ano)
PA (valores prévios a terapêutica)	____ (sistólica) ____ (diastólica) mmHg
PA (valores posteriores a terapêutica)	____ / ____ mmHg
Terapêutica(s) anti-HTA (dose e frequência)	
HTA secundária associada a doença	renal <input type="checkbox"/> , endocrinológica <input type="checkbox"/> , tecido conjuntivo <input type="checkbox"/> , vasos arteriais <input type="checkbox"/>
Fatores de risco associados	alimentação rica em sal <input type="checkbox"/> , fast food <input type="checkbox"/> , sedentarismo <input type="checkbox"/> , tabagismo <input type="checkbox"/> , etanolismo crónico <input type="checkbox"/> , stress <input type="checkbox"/> , ansiedade <input type="checkbox"/>
Doenças associadas	síndrome metabólico <input type="checkbox"/> , diabetes mellitus <input type="checkbox"/> , dislipidémia <input type="checkbox"/> , patologia da artéria renal <input type="checkbox"/> , aorta <input type="checkbox"/>
Orgãos alvo (idade em anos)	AVC isquémico <input type="checkbox"/> hemorrágico .... <sup>(A)</sup> <input type="checkbox"/> ; EAM <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup> , EPA <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup> , Angina <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup> , ICC <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup> , doença renal <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup> , DAP <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup> , crise HTA <input type="checkbox"/> .... <sup>(A)</sup>
HTA gravidez	pré-eclampsia <input type="checkbox"/> , eclampsia <input type="checkbox"/> , perdas fetais <input type="checkbox"/>
Doenças crónicas	



Terapêuticas crônicas

### Exames complementares de diagnóstico

- Hb ....., VGM ....., glicemia ....., ureia ....., creatinina ....., ácido úrico ....., Na ....., K ....., Cl ....., Ca ....., P ....., Mg ....., col ....., Tg ....., HDL ....., LDL ....., APOB ....., VLDL ....., proteína /albumina ....., vit.D ....., ACTH ....., TSH ....., T3 ....., T4....., PTH ....., renina ....., angiotensina ....., aldosterona ....., cortisol ....., catecolaminas ....., taxa filtração glomerular ....., auto- anticorpos ..... (sérico)
- ureia ....., creatinina ....., ácido úrico ....., urina II ....., Na ....., K ....., Cl ....., Ca ....., P ..... (urinário)
- proteína/albuminúria....., metanefrinas urinárias 24h .....
- ECG (alterações) .....
- Ecocardiograma (alterações) .....
- Rx tórax (alterações) .....
- Ecografia (alterações) .....
- Ecodoppler carotídeo (alterações) .....
- Ecodoppler mb inferiores (alterações) .....
- MAPA (alterações) .....
- Prova de esforço (alterações) .....
- TAC/Angio-TAC .....
- Velocidade de pulso da onda arterial (alterações) .....
- Outros .....

### ANEXO

☐ Tubos marcados com a informação relativa ao caso *índice* (doente, propósito) / familiar

- ☐ Sangue total (preferencial), Data de colheita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , Condições: 4mL em tubo de hemograma com spray K<sub>2</sub>EDTA
- ☐ DNA, Data de colheita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_; Volume \_\_\_\_µL; Concentração \_\_\_\_ µg/mL; Método de Purificação: \_\_\_\_\_;
- Condições: mínimo 300ng a 25ng/µL, ☐ Células de epitélio bucal ou saliva, Condições Ex: *Oragene DNA collection kit*, Genotek

### DOCUMENTOS ASSINADOS PELO MÉDICO

Termo de responsabilidade ☐

Autorizo o tratamento de dados digitais: sim ☐ não ☐

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

### INFORMAÇÃO RELATIVA AO CONSENTIMENTO INFORMADO (obrigatória a assinatura)

A MINHA ASSINATURA NO DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO FOI REALIZADA APÓS A ASSINATURA DO PROPÓSITO.  
SEREI RESPONSÁVEL POR GUARDAR O REFERIDO DOCUMENTO.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ; Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_