



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 de marcadores genéticos de risco de hipertensão arterial

Avaliação dos marcadores genéticos que podem ser considerados marcadores moleculares de predisposição para a hipertensão arterial, em particular as alterações genéticas que estão relacionadas com 1) o sistema renina-angiotensina-aldosterona, 2) a disfunção do sistema do endotélio vascular, 3) a ansa tubular renal, 4) o sistema de transdução de sinal, 5) os canais de sódio, 6) o sistema nervoso autónomo e 7) as doenças mendelianas associadas a hipertensão arterial.

Indicar o teste pretendido

- Painel Completo: avaliação em 56 genes associados a todos os sistemas ☐

- Painel Fase 1: avaliação de 35 genes associados aos sistemas 1, 2, 3, 4, 5, 6 ☐

- Painel Fase 2: avaliação de 33 genes associados aos sistemas 1, 2, 3, 4, 7 ☐

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

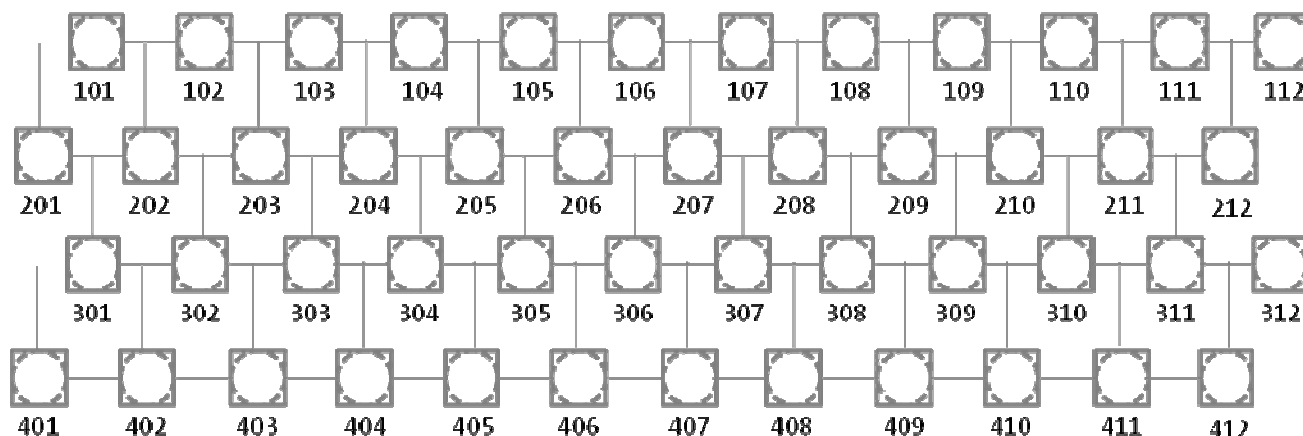
INFORMAÇÃO FAMILIAR

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 *

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

INFORMAÇÃO CLÍNICA: EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Ao preencher estes campos está contribuir para a modelação dos dados associados aos fatores de risco da hipercolesterolemia familiar, melhorando futuros diagnósticos.

Informação Clínica	Dados
Data de diagnóstico de HTA Idade de diagnóstico de HTA	____ (dia) / ____ (mês) / ____ (ano), ____ Anos
PA (valores prévios a terapêutica) Frequência cardíaca Atividade física (horas /semana)	____ (sistólica) ____ (diastólica) mmHg _____ ____
PA (valores posteriores a terapêutica)	____ (sistólica) ____ (diastólica) 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 : fuma <input type="checkbox"/> , nº cigarros / dia____, unidades de maço /ano____, deixou de fumar há ____ anos, etanolismo crónico <input type="checkbox"/> , stress <input type="checkbox"/> , ansiedade <input type="checkbox"/>



Nome: _____

Nº processo hospitalar/consulta: _____

Doenças associadas	síndrome metabólico <input type="checkbox"/> , diabetes mellitus <input type="checkbox"/> , dislipidémia <input type="checkbox"/> , patologia da artéria renal <input type="checkbox"/> , Patologia da aorta <input type="checkbox"/>
Orgãos alvo *	AVC isquémico <input type="checkbox"/> ^(A) hemorrágico ^(A) <input type="checkbox"/> ; EAM <input type="checkbox"/> ^(A) , EPA <input type="checkbox"/> ^(A) , angina <input type="checkbox"/> ^(A) , ICC <input type="checkbox"/> ^(A) , doença renal <input type="checkbox"/> ^(A) , DAP <input type="checkbox"/> ^(A) , crise HTA <input type="checkbox"/> ^(A)
HTA gravidez	pré-eclampsia <input type="checkbox"/> , eclampsia <input type="checkbox"/> , perdas fetais <input type="checkbox"/>
Doenças crónicas	
Terapêuticas crónicas	

Exames complementares de diagnóstico

- Hb, VGM, glicémia, 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

* Legenda: anos (A), enfarte agudo do miocárdio (EAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), edema pulmonar agudo (EPA), doença arterial periférica (DAP).



Nome: _____

Nº processo hospitalar/consulta: _____

ANEXO

- ☐ Tubos marcados com a informação relativa ao caso *índex* (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, 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 de marcadores de risco genético de hipertensão arterial 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 _____