



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

Nome: _____; Idade: _____; Sexo: ☐ M ☐ F ;

Etnia e origem geográfica: - do propósito _____;

- da Mãe _____, - do Pai _____,

Nº processo hospitalar/consulta: _____

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)

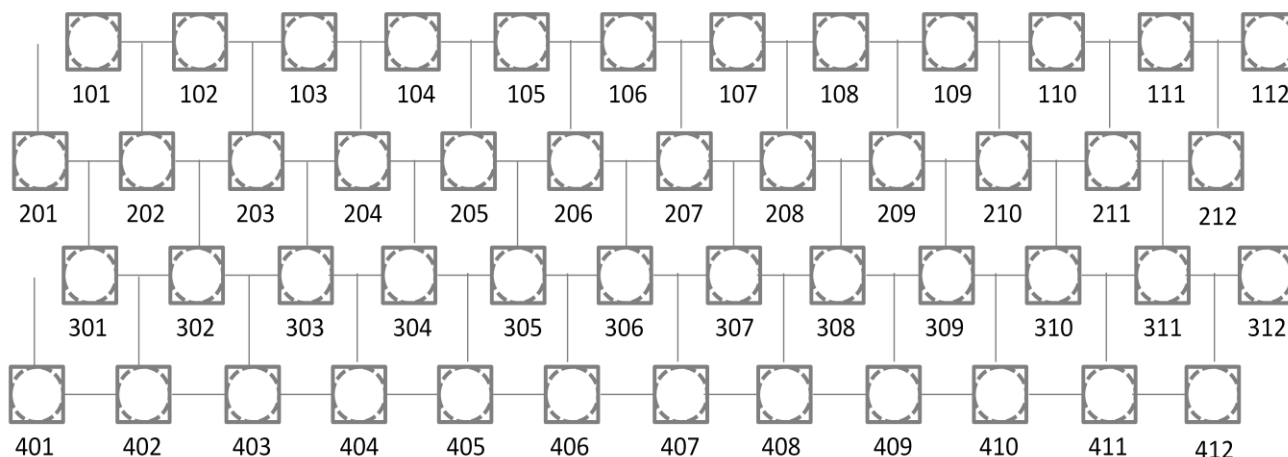
Avaliação genética de trombofilia hereditária ☐

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 GENÉTICA MÉDICA: Data ____/____/____; **IDADE DE DIAGNÓSTICO:** _____

INFORMAÇÃO FAMILIAR

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





Nome: _____
Nº processo hospitalar/consulta: _____

| Posição na árvore | Nome / Nº processo hospitalar | Informação clínica e data 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* K₂EDTA

☐ **DNA**, Data de colheita: ____ / ____ / ____; Volume ____µL; Concentração ____ µg/mL; Método de Purificação: _____; Condições: mínimo 300ng a 35ng/µL,

☐ Células de epitélio bucal ou saliva, Condições Ex: *Oragene DNA collection kit*, Genotek

CONSENTIMENTO INFORMADO

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 Hereditária que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.

Autorizo o tratamento de dados digitais: sim ☐ não ☐

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

Data

Assinatura do utente

Assinatura do Médico

____/____/20____ _____