



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:

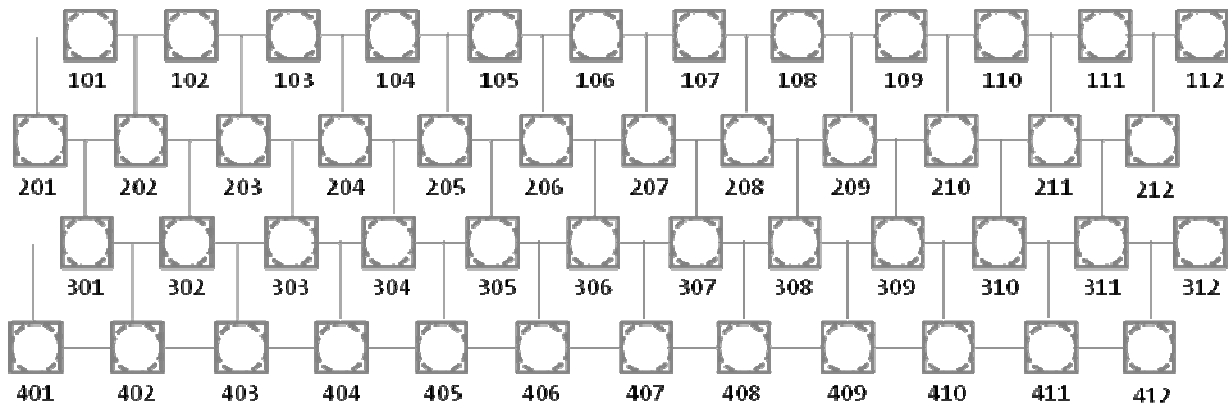
- 1) o sistema renina-angiotensina-aldosterona ☐
- 2) a disfunção do sistema do endotélio vascular ☐
- 3) a ansa tubular renal ☐
- 4) o sistema nervoso autónomo ☐
- 5) doenças mendelianas associadas a hipertensão arterial ☐
- 6) variantes polimórficas/SNPs ☐

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

CONSULTA DE GENÉTICA MÉDICA : Data ____/____/____; **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 ↗.



Posição na árvore	Nº processo hospitalar / acrônimo	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), edema pulmonar agudo (EPA), 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 Idade de diagnóstico de HTA	____ (dia) / ____ (mês) / ____ (ano), ____ A
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"/>
Doenças associadas	síndrome metabólica <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"/>
Órgãos alvo (idade em anos)	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^(sérico), auto- anticorpos
- 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



Acrónimo: _____ (1ª letra de cada nome ou um número)

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

☐ **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

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 DOENTE / INDIVÍDUO. SEREI RESPONSÁVEL POR GUARDAR O REFERIDO DOCUMENTO.

Data: ____ / ____ / ____ ; Assinatura do Médico: _____