



HEARTGENETICS
GENETICS & BIOTECHNOLOGY

REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR
AValiação GENÉTICA DE MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA

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)

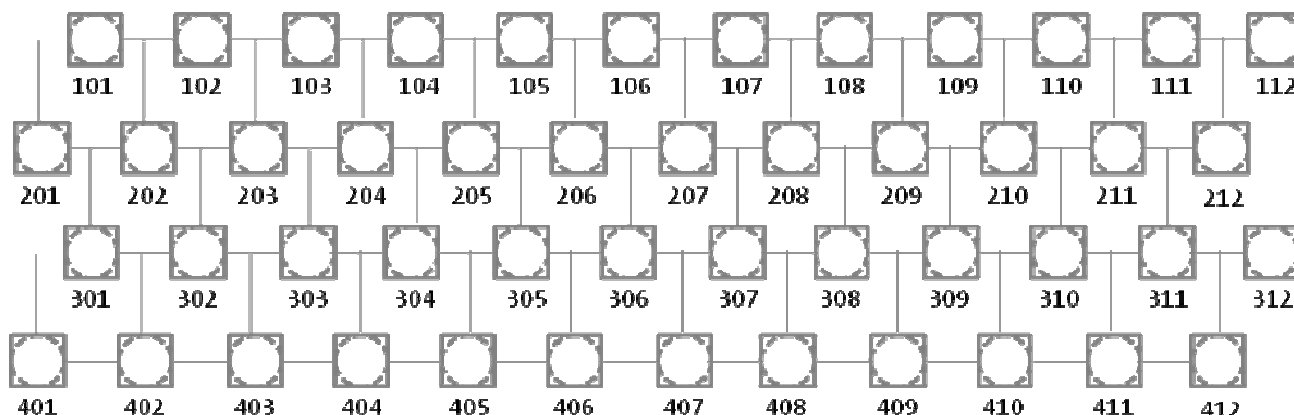
Avaliação genética de miocardiopatia hipertrófica ☐

Avaliação das alterações genéticas que são consideradas como associadas a miocardiopatia hipertrófica. São avaliadas alterações genéticas que estão relacionados com o mecanismos de contração cardíaca e que englobam maioritariamente alterações a nível 1) mecânico que dizem respeito à cinética entre as proteínas sarcoméricos; 2) bioquímico, que avaliam as alterações genéticas que alteram a sensibilidade ao cálcio e 3) bioenergético que se relaciona com a atividade da ATPase da miosina. Neste contexto, são avaliadas 957 alterações genéticas, em 53 genes, associadas à miocardiopatia hipertrófica.

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

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

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 ☐



HEARTGENETICS
GENETICS & BIOTECHNOLOGY

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

Nº processo hospitalar/consulta: _____

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:** _____