

## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR AVALIAÇÃO GENÉTICA DE MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA

Taguspark, Parque de Ciência e Tecnologia, Edifício Inovação II, 421, 2740-122 Oeiras +351 263 974 652 | contact@heartgenetics.com | www.heartgenetics.com

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

		~~~~		
ome:	Data nascimento Vinheta de identificação / Código de barras  F; Etnia e origem geográfica: - do propósito; - Colar neste espaço a vinheta de			
				Colar neste espaço a vinheta de
		· · ·		identificação / Código de barras
ospitalar/consulta:				
DENTIFICAÇÃO DA <i>l</i>	AMOSTRA (campo obriga	atório)		
☐ Sangue total	☐ DNA	☐ Saliva	URGENT Motivo:	E
NFORMAÇÃO DO MÉ	DICO REQUISITA	NTE (campo obrigatório)		
Médico:				
				<del></del>
Telefone:	Fax:	E-ma	iil:	
Avaliação das alterações	s genéticas que são co	onsideradas como associa	das a miocardiopatia	hipertrófica. São avaliadas alteraçõo
genéticas que estão rela 1) mecânico que dizem que alteram a sensibilida	ncionados com os med respeito à cinética en ade ao cálcio e 3) bio	canismos de contração car atre as proteínas sarcoméi	díaca e que engloba ricos; 2) bioquímico na com a atividade o	nm maioritariamente alterações a nív s, que avaliam as alterações genética da ATPase da miosina. Neste context
genéticas que estão rela 1) mecânico que dizem que alteram a sensibilida são avaliadas 957 altera	ncionados com os med respeito à cinética en ade ao cálcio e 3) bio ções genéticas, em 53	canismos de contração car atre as proteínas sarcomén energético que se relacion 3 genes, associadas à mio	díaca e que engloba ricos; 2) bioquímico na com a atividade o cardiopatia hipertróf	nm maioritariamente alterações a nív s, que avaliam as alterações genética da ATPase da miosina. Neste context fica.
genéticas que estão rela 1) mecânico que dizem que alteram a sensibilida são avaliadas 957 altera	ncionados com os med respeito à cinética en ade ao cálcio e 3) bio ções genéticas, em 53	canismos de contração car atre as proteínas sarcomér energético que se relacion	díaca e que engloba ricos; 2) bioquímico na com a atividade o cardiopatia hipertróf	nm maioritariamente alterações a nív s, que avaliam as alterações genética da ATPase da miosina. Neste context fica.
genéticas que estão rela  1) mecânico que dizem que alteram a sensibilida são avaliadas 957 altera  CONSULTA DE GENI	respeito à cinética en respeito à cinética en ade ao cálcio e 3) bio ções genéticas, em 5:	canismos de contração car atre as proteínas sarcomén energético que se relacion 3 genes, associadas à mio	díaca e que engloba ricos; 2) bioquímico na com a atividade o cardiopatia hipertróf	nm maioritariamente alterações a nív s, que avaliam as alterações genética da ATPase da miosina. Neste context fica.
genéticas que estão rela  1) mecânico que dizem que alteram a sensibilida são avaliadas 957 altera  CONSULTA DE GENI  ENFORMAÇÃO FAMIL	respeito à cinética en ade ao cálcio e 3) bio ções genéticas, em 5:	canismos de contração car atre as proteínas sarcoméi energético que se relacion 3 genes, associadas à mio	díaca e que engloba ricos; 2) bioquímico na com a atividade o cardiopatia hipertróf	am maioritariamente alterações a nívos, que avaliam as alterações genéticada ATPase da miosina. Neste contextica.  AGNÓSTICO:
genéticas que estão rela  1) mecânico que dizem que alteram a sensibilida são avaliadas 957 altera  CONSULTA DE GENI  ENFORMAÇÃO FAMIL	respeito à cinética en ade ao cálcio e 3) bio ções genéticas, em 5:	canismos de contração car atre as proteínas sarcoméi energético que se relacion 3 genes, associadas à mio	díaca e que engloba ricos; 2) bioquímico na com a atividade o cardiopatia hipertróf ; IDADE DE DI	am maioritariamente alterações a níves, que avaliam as alterações genética da ATPase da miosina. Neste contextrica.  AGNÓSTICO:



Taguspark, Parque de Ciência e Tecnologia, Edifício Inovação II, 421, 2740-122 Oeiras +351 263 974 652 | contact@heartgenetics.com | www.heartgenetics.com

## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR AVALIAÇÃO GENÉTICA DE MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA

Posição na árvore Nome / № processo hospitalar  INFORMAÇÃO CLÍNICA  EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO  TERAPÊUTICA  ANEXO  TUDOS marcados com a informação relativa ao caso <i>index</i> (doente, propósito) / familiar  Sangue total (preferencial), Data de colheita: / /, Condições: 4mL ou 2X 3mL em tubo de hemograma com spray KEDTA ou KEDTA ou KEDTA ou KEDTA ou SESTA (Condições: mínimo 300ng a 35mg/µL,  Saliva, Condições Ex: **Oragene DMA collection kir,**Genotek  CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)  Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de especificado nesta requisição. Declaro que me foi disponibilizada a informação necessária sobre a 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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.  Autorizo o tratamento de dados digitais: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja utilizado na investigação da doença: sim _ não _ Autorizo que o produto biológico e dados clínicos seja			ome:		
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO  TERAPÊUTICA  TUDOS 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 K;EDTA ou K;EDTA  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	Posição na árvore		Informação clínica e data de diagnóstico		
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO  TERAPÊUTICA  TUDOS 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 K;EDTA ou K;EDTA  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					
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO  TERAPÊUTICA  TUDOS 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 K;EDTA ou K;EDTA  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					
TERAPÊUTICA  ANEXO  Tubos marcados com a informação relativa ao caso <i>índex</i> (doente, propósito) / familiar  Sangue total (preferencial), Data de colheita://, Condições: 4mL ou 2X 3mL em tubo de hemograma com spray ksEDTA ou ksEDTA  DNA, Data de colheita:// _; VolumeµL; 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 especificado nesta requisição. Declaro que me foi disponibilizada a informação necessária sobre a 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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.  Autorizo o tratamento de dados digitais: sim □ não □	INFORMAÇÃO	CLÍNICA			
ANEXO    Tubos marcados com a informação relativa ao caso <i>índex</i> (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: <i>Oragene DNA collection kit</i> , Genotek    CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)   Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de 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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.   Autorizo o tratamento de dados digitais: sim □ não □	EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO				
Tubos marcados com a informação relativa ao caso <i>índex</i> (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: / /; VolumeμL; Concentração μg/mL; Método de Purificação:; Condições: mínimo 300ng a 35ng/μL,  Saliva, Condições Ex: <i>Oragene DNA collection kit</i> , Genotek  CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)  Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de	TERAPÊUTICA				
Tubos marcados com a informação relativa ao caso <i>índex</i> (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: / /; VolumeμL; Concentração μg/mL; Método de Purificação:; Condições: mínimo 300ng a 35ng/μL,  Saliva, Condições Ex: <i>Oragene DNA collection kit</i> , Genotek  CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)  Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de					
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	ANEXO				
CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)  Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de fafiliação/ 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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.  Autorizo o tratamento de dados digitais: sim não	Sangue total (pr	referencial), Data de colhei			
CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)  Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de fafiliação/ 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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.  Autorizo o tratamento de dados digitais: sim não não			olumeμL; Concentração μg/mL; Método de Purificação:;		
Eu, abaixo assinado, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/ de			kit, Genotek		
[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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.  Autorizo o tratamento de dados digitais: sim   não	CONSENTIMEN	ITO INFORMADO (Assı	natura obrigatória)		
	especificado nesta re compreendo o intere	equisição. Declaro que me f			
Local e Data;// 20 Assinatura	Local e Data	;/	/ 20 <b>Assinatura</b>		

Assinatura do Médico Requisitante \_\_