



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 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:** _____

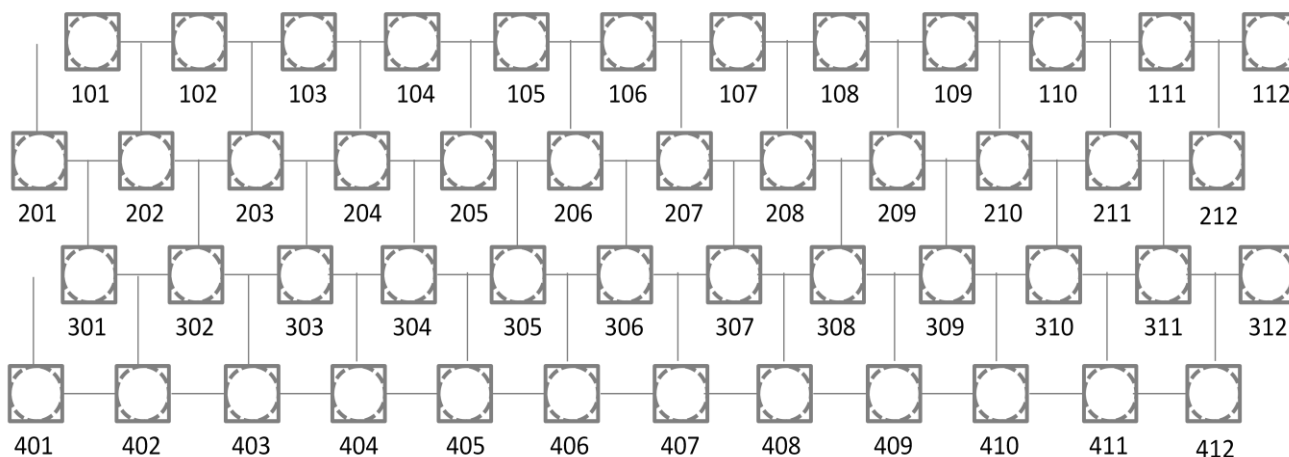


Nome: _____

Nº processo hospitalar/consulta: _____

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	Nome / Nº processo hospitalar	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), ____ 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"/>



Nome: _____

Nº processo hospitalar/consulta: _____

Fatores de risco associados	alimentação rica em sal <input type="checkbox"/> , <i>fast food</i> <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 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"/>
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)
- 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



Nome: _____

Nº processo hospitalar/consulta: _____

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 Hipertensão Arterial 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____
