



REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR
ESTUDO GENÉTICO DE TROMBOFILIA HEREDITÁRIA

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)

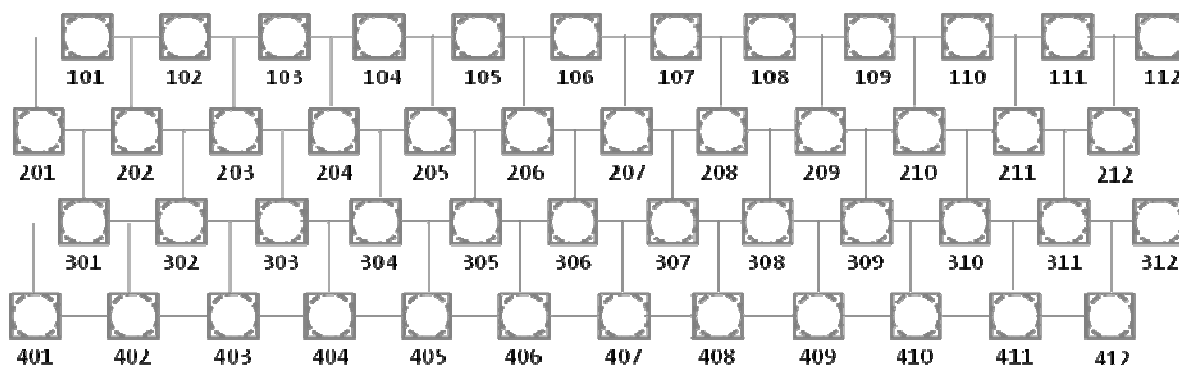
Avaliação genética de trombofilia hereditária ☐

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 *F13A*, *FII*, *FV*, *FBG*, *GP1BA*, *MTHFR*, *PAI1*, *PROCR*, *PROS1* e *SERPINC1*.

CONSULTA DE GENÉTICA MÉDICA : Data/...../.....; **DATA 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 / acrónimo	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 em tubo de hemograma com spray K₂EDTA

☐ DNA, Data de colheita: ____ / ____ / ____; Volume ____µL; Concentração ____ µg/mL; Método de Purificação: _____;

Condições: mínimo 300ng a 25ng/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: _____