



**HEARTGENETICS**  
GENETICS & BIOTECHNOLOGY

**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)

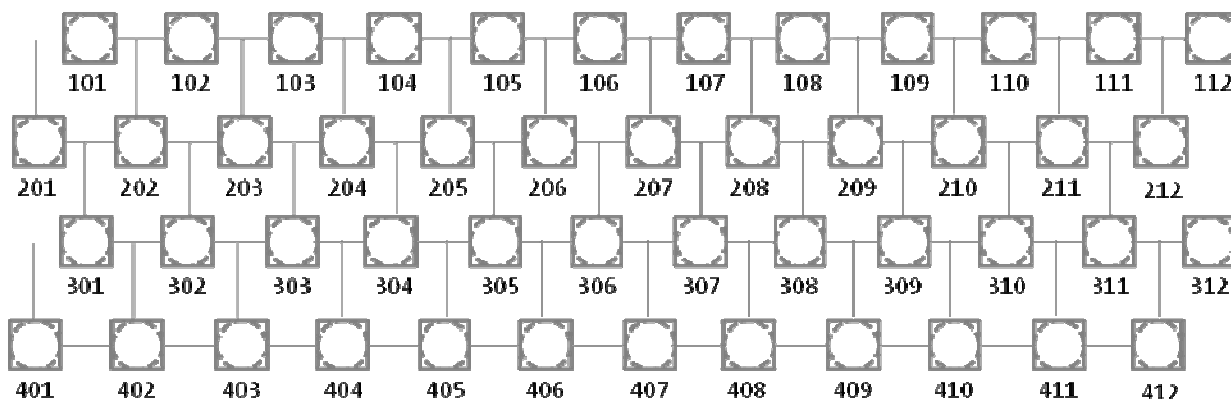
**Avaliação genética de trombofilia hereditária** ☐

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; **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 / 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 ou 2X 3mL em tubo de hemograma com spray K<sub>2</sub>EDTA

☐ **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 ☐



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:** \_\_\_\_\_