



REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR
**MARCADORES MOLECULARES PATOLÓGICOS DE
MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA**

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

Nome: _____ Data nascimento _____

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 ☐ Saliva

URGENTE ☐

Motivo: _____

INFORMAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE (campo obrigatório)

Médico: _____

Morada: _____

Instituição: _____ Departamento: _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

TESTE MOLECULAR REQUERIDO (campo obrigatório)

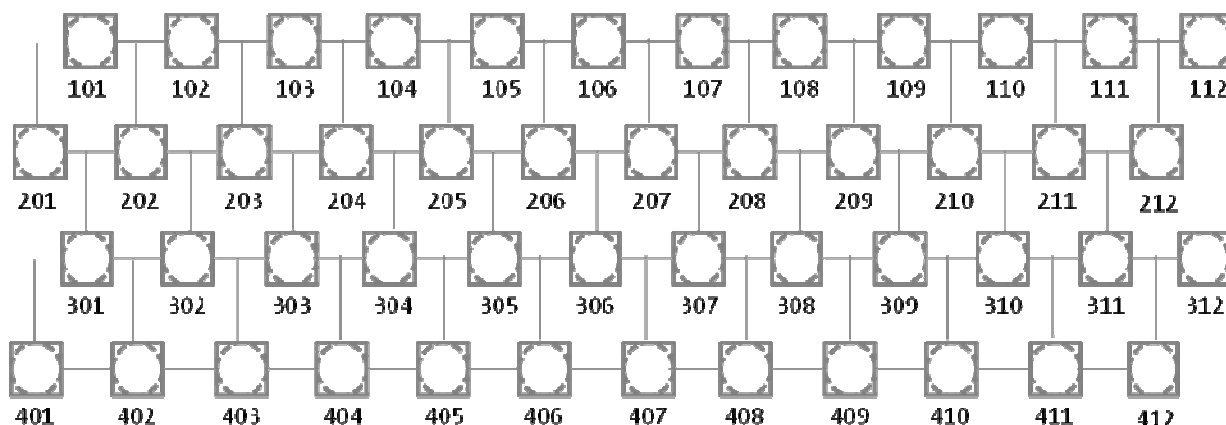
Avaliação de marcadores moleculares patológicos de miocardiopatia hipertrófica ☐

Avaliação de mutações genéticas, em 8 genes, associadas a fenótipos severos de miocardiopatia hipertrófica. São avaliadas alterações genéticas que estão relacionados com os mecanismos de contração cardíaca e que englobam maioritariamente alterações a nível 1) mecânico que dizem respeito à cinética entre as proteínas sarcoméricas; 2) bioquímicos, que avaliam as alterações genéticas que alteram a sensibilidade ao cálcio e 3) bioenergético que se relaciona com a atividade da ATPase da miosina.

CONSULTA PRÉVIA 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 seta (↗).





REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR
**MARCADORES MOLECULARES PATOLÓGICOS DE
MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA**

Nome: _____
Nº processo hospitalar/consulta: _____

Posição na árvore	Nome / Nº processo hospitalar	Informação clínica e idade de diagnóstico

INFORMAÇÃO CLÍNICA

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

TERAPÊUTICA

ANEXO

- ☐ Tubos 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 K₂EDTA ou K₃EDTA
- ☐ **DNA**, Data de colheita: ____ / ____ / ____; Volume ____ µL; Concentração ____ µg/mL; Método de Purificação: _____; Condições: mínimo 300ng a 35ng/µL,
- ☐ Saliva (Kit recomendado: *Oragene DNA collection kit*, Genotek)

CONSENTIMENTO INFORMADO (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)

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 miocardiopatia hipertrófica que me foi prescrito, tendo decidido realizá-lo.

Autorizo o tratamento anonimizado de dados digitais: sim ☐ não ☐

Autorizo que o produto biológico e dados clínicos sejam utilizados anonimizados na investigação da doença: sim ☐ não ☐

Local e Data _____; ____/____/ 20____ **Assinatura** _____

Assinatura do Médico Requisitante _____