

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Contato do Médico: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATENÇÃO: As informações abaixo são imprescindíveis para a realização do exame e interpretação dos dados**

**1– Objetivo da realização do exame:**

Diagnóstico molecular     Acompanhamento     Acompanhamento-Resistência ao Tratamento

**2– Caso o paciente possua diagnóstico prévio:**

a) Tipo de Câncer

\_\_\_\_\_

b) Laudo histopatológico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Após o diagnóstico, foram feitos exames moleculares? Se sim, quais mutações foram detectadas e em quais genes?

\_\_\_\_\_

**3–Tratamento:**

a) Qual a medicação atual do paciente? Quando foi iniciado este tratamento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Houve uso de outra medicação para o tratamento? Em caso afirmativo, qual era esta medicação e qual foi o período de uso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4–O paciente possui resultados anteriores deste mesmo exame?**

Sim. (Por favor, anexar os resultados a este questionário)     Não

**5– Outras informações que julgar necessárias para a análise dos resultados:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Eu entendo que a amostra de DNA obtida será utilizada apenas para o teste solicitado e que esses resultados poderão ser utilizados em publicações científicas, mas que minha identidade será mantida em sigilo.**

Sim     Não