

* Campos obrigatórios

INFORMAÇÃO DO PACIENTE		INFORMAÇÃO DO MÉDICO / CENTRO SOLICITANTE	
Nome e sobrenome: *		Centro/Hospital: *	
Gênero: * <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher DNI:		Médico solicitante: * CRM: *	
Data de nascimento: * / / Telefone: *		Telefone: *	
Endereço:		Endereço: *	
E-mail:		E-mail: *	
INFORMAÇÃO DA AMOSTRA			
Nº de amostra: *		Data de extração: *	Volume enviado: *
Tipo de amostra: * <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Medula <input type="checkbox"/> Sêmen <input type="checkbox"/> Tecido fresco, origem: * _____ <input type="checkbox"/> Tecido em parafina, origem: * _____ <input type="checkbox"/> Outros: * _____			
Amostra pré-natal: * <input type="checkbox"/> Vilosidades coriônicas <input type="checkbox"/> Líquido amniótico <input type="checkbox"/> Produto de abortamento			Idade gestacional: *
INFORMAÇÃO DO ESTUDO GENÉTICO			
Tipo de análise: * <input type="checkbox"/> Estudo diagnóstico <input type="checkbox"/> Estudo familiar (É essencial anexar um relatório clínico associado)			
Informar achados secundários ou fortuitos: * <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
No caso de solicitação do exame EXOMA CLÍNICO , é possível detectar achados secundários ou fortuitos , definidos como alterações detectadas ao acaso, não relacionadas ao motivo apontado pelo estudo, mas que podem ter implicações relevantes para o paciente e/ou seus familiares.			
Descrição do estudo solicitado: *			
INFORMAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE			
Ascendência de origem (marque todas que se aplicam): * <input type="checkbox"/> Europa Ocidental / do Norte <input type="checkbox"/> Europa Central / Oriental <input type="checkbox"/> Sul da Europa <input type="checkbox"/> África <input type="checkbox"/> Ásia <input type="checkbox"/> América Latina / Caribe <input type="checkbox"/> Oriente Médio/ Oriente Próximo <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Descritivo breve do quadro clínico: * (se aplicável anexar história clínica)		Árvore genealógica: (Complete a árvore genealógica, se precisar de mais espaço, faça-o em um documento adicional) 	
Antecedentes familiares relevantes: *			
Nota: para uma correta interpretação dos achados genéticos, recomenda-se anexar o relatório clínico do paciente.			
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE			
Ao assinar este formulário, certifico que, antes da realização do Estudo Genético, informei o paciente sobre os riscos e as implicações envolvidas na realização deste teste. Certifico que todas as dúvidas foram sanadas para o paciente e que recebi seu consentimento explícito por escrito para o teste.			
Assinatura do médico: *		Data: * / / (dia/mês/ano)	
DADOS DE FATURAMENTO			
Código cliente: *		Nome cliente: *	
País: *		Cidade: *	

De acordo com o GDPR (UE) 2016/769, LOPDGD 3/2018 e Lei Fundamental 41/2002 Regulamentando a Autonomia do paciente, informamos que você DEVE ASSINAR o documento CONSENTIMENTO INFORMADO "COLETA DE AMOSTRAS / ENTREGA DE RESULTADOS" bem como um DOCUMENTO ESPECÍFICO PARA TESTES GENÉTICOS, ou qualquer documento no qual você especifica claramente quem é responsável pela proteção de seus dados, bem como o uso que deve ser feito deles e em quais são mencionados seus direitos.