

IMPORTANTE:

- ✓ As respostas a seguir podem influenciar as informações que irão constar no seu laudo. Portanto, responda às perguntas com atenção.
- ✓ Recomendamos que o formulário seja preenchido em conjunto com o profissional da saúde solicitante.
- ✓ Os campos assinalados com (*) são de preenchimento obrigatório.

***MOTIVO DA SOLICITAÇÃO (Assinale uma alternativa):**

() Apoio diagnóstico: Qual é a suspeita clínica?

() Acompanhamento de terapia: A que momento da terapia/tratamento a amostra coletada se refere?

() Antes Descreva brevemente a terapia adotada:

() Durante

() Depois

() Outro. Descreva: _____

DADOS DA SOLICITAÇÃO (Caso tenha um profissional de saúde acompanhando):

Data da solicitação: ____/____/____

Nome do profissional solicitante: _____

Tipo e N° conselho: () CRM: _____ () CRN: _____

Especialidade: _____

Declaro que expliquei o significado e implicações do exame Microbioma Intestinal ao paciente ou responsável.

Assinatura e carimbo do profissional da saúde: _____



DADOS DO PACIENTE:

*Nome do paciente: _____

*Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ *CPF: _____

Outro documento, especifique: _____

Sexo: _____ *Nacionalidade: _____ Etnia: _____

*Nome da mãe: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____ Escolaridade: _____

*Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

*Cidade: _____ *Estado (UF): _____ *CEP: _____

*E-mail: _____ *Telefone: () _____

Peso (kg): _____ Altura (m): _____ Gordura corporal (%): _____

Método: _____ Circunferência abdominal (cm): _____

Circunferência do quadril (cm): _____

DADOS DO REPRESENTANTE QUANDO MENOR OU INCAPAZ:

*Nome do paciente: _____

*Data de Nascimento: ____/____/____

*Relação com o Representado (mãe, pai, tutor): _____

RG: _____ *CPF: _____

Outro documento, especifique: _____

Sexo: _____ *Nacionalidade: _____

Estado civil: _____

*Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

*Cidade: _____ *Estado (UF): _____ *CEP: _____

*E-mail: _____ *Telefone: () _____



DADOS DA COLETA:

*Data da coleta da amostra: ____/____/____

A amostra coletada foi de:

- Fezes recém-emitidas
- Bolsa de colostomia
- Fralda
- Outro. Qual?

Você já realizou esse exame antes?

- Não
- Sim

Se sim, quando? _____

ESTADO DE SAÚDE:

Assinale abaixo quais sintomas gastrointestinais que você possui atualmente e há quanto tempo iniciaram:

- Sensibilidade abdominal, desde/há: _____
- Dor abdominal, desde/há: _____
- Distensão abdominal, desde/há: _____
- Flatulência, desde/há: _____
- Constipação (fezes endurecidas, trânsito intestinal lento), desde/há: _____
- Diarreia (fezes pastosas ou líquidas), desde/há: _____
- Alteração de cor das fezes, desde/há: Cor: _____
- Náusea, desde/há: _____
- Vômito, desde/há: _____
- Eructação (arrotos), desde/há: _____

Há algum sintoma que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatado? Se sim, descreva abaixo o sintoma e sua data de início.



Assinale abaixo qual formato as suas fezes normalmente se assemelham:

- () Tipo 1  Pedacos separados, duros como amendoim.
- () Tipo 2  Forma de salsicha, mas segmentada.
- () Tipo 3  Forma de salsicha, mas com fendas na superfície.
- () Tipo 4  Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole.
- () Tipo 5  Pedacos moles, mas contornos nítidos.
- () Tipo 6  Pedacos aerados, contornos esgarçados.
- () Tipo 7  Aquosa, sem peças sólidas.

Você gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o formato das suas fezes?

ESTADO DE SAÚDE:

Assinale se você possui o diagnóstico de alguma das condições abaixo e, em caso positivo, quando essa condição foi diagnosticada (mês/ano):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose (__/__) | <input type="checkbox"/> Endometriose (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidade não celíaca ao glúten (__/__) | <input type="checkbox"/> Síndrome do Ovário Policístico (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Doença celíaca (__/__) | <input type="checkbox"/> Câncer (__/__) Tipo: |
| <input type="checkbox"/> Síndrome do Intestino Irritável (__/__) | <input type="checkbox"/> Doença da tireoide (__/__) Tipo: |
| <input type="checkbox"/> Doença de Crohn (__/__) | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo (__) 1 ou (__) 2 (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Colite ulcerativa (__/__) | <input type="checkbox"/> Depressão (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Gastrite (__/__) | <input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Hepatite (__/__) | <input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Cirrose hepática (__/__) | <input type="checkbox"/> Doenças neurodegenerativas (__/__) Tipo: |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Metabólica (__/__) | <input type="checkbox"/> Transtorno alimentar restritivo evitativo (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Doença hepática gordurosa (__/__) | <input type="checkbox"/> Transtornos de alimentação (__/__) Tipo: |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia (__/__) | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas (__/__) Tipo: |
| <input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia (__/__) | <input type="checkbox"/> Esclerose múltipla (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica (__/__) | <input type="checkbox"/> Psoríase (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Doença aterosclerótica cardiovascular (__/__) | <input type="checkbox"/> Asma (__/__) |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica (__/__) | <input type="checkbox"/> Dermatite Atópica (__/__) |

Há alguma condição diagnosticada que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatada? Se sim, descreva abaixo a condição e a data de diagnóstico.

Você pratica exercícios físicos?

Não Sim. Especifique o tipo e a frequência: _____

Você foi hospitalizado recentemente?

Não Sim, em: _____ / _____ / _____ com duração _____ de dias.

Você é fumante?

Não Sim, desde/há: _____



Você passou por alguma mudança de estilo de vida recentemente? Por exemplo: mudança na dieta, mudança no peso, realização de cirurgia bariátrica, prática de exercícios físicos?

() Não () Sim. Qual? _____

MEDICAMENTOS E TERAPIAS:

Você está utilizando alguma das seguintes terapias?

Probióticos

() Não () Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: _____

Prebióticos

() Não () Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: _____

Assinale abaixo se você fez uso de alguma das seguintes terapias medicamentosas no último mês:

Antibiótico

() Não () Sim. Descreva o(s) nome(s): _____

Quimioterápico

() Não () Sim. Descreva o(s) nome(s): _____

Imunoterápico

() Não () Sim. Descreva o(s) nome(s): _____

Metformina

() Não () Sim.

Inibidores da bomba de prótons

() Não () Sim. Descreva o(s) nome(s): _____



QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO MICROBIOMA INTESTINAL (PBIOME)

No último mês, você fez uso de algum medicamento que não consta nos itens acima? Se sim, descreva abaixo o(s) medicamento(s) utilizado(s) e a data de início de seu uso.

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS:

Você faz alguma dieta específica? Não Sim. Qual? _____

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vegana | <input type="checkbox"/> Cetogênica | <input type="checkbox"/> Restrição de glúten | <input type="checkbox"/> Dieta enteral: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vegetariana | <input type="checkbox"/> Low Carb | <input type="checkbox"/> Restrição de lactose | <input type="checkbox"/> Dieta parenteral |
| <input type="checkbox"/> Plant based | <input type="checkbox"/> Jejum intermitente | <input type="checkbox"/> Hipocalórica | <input type="checkbox"/> Reeducação alimentar |
| <input type="checkbox"/> Mediterrânea | <input type="checkbox"/> Low Fodmaps | <input type="checkbox"/> Hipercalórica | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Observações:

INFORMAÇÕES GERAIS:

Aqui você pode descrever sintomas, queixas ou qualquer outra informação que julgue relevante.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

SOBRE O EXAME

O Microbioma Intestinal é um produto da BiomeHub Pesquisa e Desenvolvimento (CNPJ: 36.785.502/0001-12).

O Microbioma Intestinal tem como objetivo identificar a composição bacteriana da microbiota intestinal e detectar possíveis estados de desequilíbrio, utilizando o sequenciamento de DNA de alto desempenho como metodologia. O Microbioma Intestinal é um exame complementar utilizado para apoio ao diagnóstico de diversas condições, bem como acompanhamento de tratamentos medicamentosos. Entretanto, não deve ser utilizado como única ferramenta para o diagnóstico clínico. Também não deve ser utilizado como substituto de tratamentos ou de consultas periódicas aos profissionais de saúde.

A interpretação dos resultados do exame Microbioma Intestinal considera o desenvolvimento científico atual e pode ser modificada no futuro, de acordo com a incorporação de novos conhecimentos científicos e avanços da tecnologia e ferramentas de análise. Diante disso, você declara estar ciente de que os resultados obtidos no

exame Microbioma Intestinal não necessariamente correspondem às suas expectativas no momento da aquisição do produto.

COLETA DA AMOSTRA

A BiomeHub recebe e analisa amostra de fezes exclusivamente coletadas utilizando o kit de coleta fornecido pela própria empresa. A BiomeHub disponibiliza no kit de coleta um cartão com instruções claras sobre a coleta, acondicionamento e envio da amostra de fezes. A coleta e o envio da amostra em conformidade com as instruções do kit são cruciais para assegurar uma análise mais confiável e precisa. Portanto, é de sua responsabilidade a adequada coleta da amostra e o seu envio. Você declara estar ciente da possibilidade de uma nova coleta de amostra de fezes, caso a primeira amostra coletada esteja fora do padrão estabelecido nas instruções de coleta. Caso as informações enviadas não sejam suficientes, informações complementares poderão ser requisitadas para que o exame possa ser realizado. A amostra de fezes coletada deverá ser encaminhada para análise em até 20 dias a partir da data de coleta da mesma, a fim de garantir a estabilidade do material biológico e a qualidade do resultado. Passado esse prazo, a BiomeHub reserva-se o direito de não aceitar a amostra para análise. A BiomeHub desde já se isenta de qualquer responsabilidade pela troca de identidade de amostras coletadas fora de suas instalações.

DOS DADOS PESSOAIS

Nós da BiomeHub nos comprometemos com a proteção de seus dados pessoais e com a sua privacidade, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados LGPD (Lei 13.709/18) e demais leis e regulamentações pertinentes. Por isso, cabe a nós informá-lo sobre como realizamos o tratamento de seus dados:

- Os dados pessoais informados no Formulário de Cadastro tais como nome completo, RG, CPF, data de nascimento e informações de contato devem ser fornecidos de forma a identificar a amostra coletada e serão armazenados em locais que possuem controle de acesso restrito.
- Para assegurar a proteção de seus dados, as amostras de DNA utilizadas para o sequenciamento em larga escala não contêm seus identificadores pessoais, há somente um código numérico. Além disso, o arquivo digital com os resultados do sequenciamento de DNA é armazenado de forma criptografada.
- Todos os profissionais que têm acesso aos seus dados estão comprometidos com seu sigilo absoluto. Os dados que possuímos sobre você serão usados apenas para finalidades específicas, tais como cumprimento de obrigação legal ou regulatória e tutela da saúde.
- Sua amostra biológica e o material genético obtido dela, bem como as informações associadas a amostra, poderão ser armazenadas e utilizadas de forma anônima (sem qualquer característica que permita a identificação do paciente) para fins de procedimentos laboratoriais e computacionais que geram informações que complementem, validem os resultados e processos realizados pela própria BiomeHub ou para compor banco de dados internos.
- Seus dados serão eliminados quando deixarem de ser úteis para os fins para os quais foram coletados.
- Nos termos da legislação aplicável, você poderá a qualquer tempo solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação de uso do dado pessoal, a portabilidade dos seus dados, ou ainda opor-se ao seu tratamento, exceto nos casos previstos em lei. Poderá exercer estes direitos mediante pedido escrito na página <https://www.biome-hub.com/>

SEU RESULTADO

O prazo de entrega do resultado do exame Microbioma Intestinal inicia a partir da data na qual a amostra é recebida na BiomeHub. O resultado do exame normalmente é disponibilizado no prazo esperado. Em alguns casos, este tempo poderá ser ultrapassado por insuficiência da qualidade do DNA obtido ou por fatores intrínsecos ao processo laboratorial. O resultado do exame Microbioma Intestinal é confidencial e somente será compartilhado com um profissional da saúde com a sua autorização ou de um responsável legal. Em caso de



BRASIL
APOIO
MEDICINA DIAGNÓSTICA

QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO MICROBIOMA INTESTINAL (PBIOME)

qualquer dúvida sobre o exame Microbioma Intestinal você poderá entrar em contato com a BiomeHub para esclarecimentos adicionais: <https://www.biome-hub.com/>.

EU _____,
CPF _____, DECLARO QUE FUI INFORMADO(A) SOBRE AS
CIRCUNSTÂNCIAS, RISCOS E LIMITAÇÕES DO EXAME PROBIOME E CONSINTO COM OS
TERMOS PARA A SUA REALIZAÇÃO.

Assinatura