

Solicitação para Estudos Genéticos

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Assinatura do paciente: _____

DADOS DO MÉDICO:

Nome: _____

Nº CRM: _____

Assinatura do médico: _____

TESTES SOLICITADOS:

____ SEQUENCIAMENTO Gene(s): _____

____ MLPA Gene(s): _____

____ MUTAÇÃO CONHECIDA

Nomenclatura da mutação (cDNA e proteína) e gene afetado: _____

Sequência de Referência: _____

*Obs.: Para a Mutação Conhecida anexar o relatório do caso índice.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

- 1) Antecedentes familiares de interesse (se houver caso índice, informar grau de parentesco):

- 2) Antecedentes pessoais e suspeita diagnóstica (anexar histórico):

- 3) Motivo do estudo genético (sintomatologia atual e resultado dos testes complementares). Indicar se é um estudo para confirmação diagnóstica, se é um estudo pré-sintomático, um estudo de acompanhamento, um estudo de portadores, etc.:

____/____/____

Data

Assinatura