

Formulário para solicitação de Fragmentação de DNA espermático

* SELECIONE UM TESTE

SCD TUNEL

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica: _____ *UF/Unidade: _____

*Médico: _____ *CRM: _____

*E-mail para envio dos resultados: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*ID do paciente (?): _____ (?) se não houver, insira NÃO APLICÁVEL CPF: _____

*Nome completo do paciente: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail para contato: _____ Telefone: () _____

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA

*Data de coleta da amostra: _____ Horário do fim da coleta: _____

*Procedência da amostra: Ejaculação Testículo Epidídimo

Tipo de amostra: Fresca Congelada

Local da coleta: Laboratório Domicílio

Concentração de espermatozoides total/mL : _____

Observações adicionais: _____

QUESTIONÁRIO ADICIONAL PARA PACIENTE

Data da última ejaculação/relação sexual: _____

Está tomando alguma medicação? Qual (is) _____

É fumante? Não Sim Quantos cigarros/dia? _____

Fez uso de bebida alcoólica nas últimas 72 horas? Não Sim

Teve Varicocele? Não Sim

Febre nos últimos 2 dias? Não Sim

Qual seu peso atual? _____ Altura: _____

Qual motivo da realização do exame? _____

Autorização do médico

Certifico que as informações do paciente e do médico neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicitei o teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Expliquei as limitações deste teste e respondi a todas as perguntas. Entendo que a Igenomix pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

*Assinatura do médico _____

Data: _____

Consentimento do paciente

Ao assinar este formulário de requisição, solicito voluntariamente à Igenomix que realize o teste indicado acima. Dou o meu consentimento para utilização dos meus dados pessoais presentes neste formulário para realização do teste solicitado.

*Assinatura do paciente _____

Data: _____