

Guia prático de como preencher documentações para realização do teste FRAG

CS BRAZIL

Igenomix[®]

Elaborado por: Anamara Braga
Versão 3.0
Data emissão: 03/04/2023



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

Igenomix
WITH SCIENCE ON YOUR SIDE

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 (>): _____ (p) se não tiver, usar 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 de fim da coleta: _____
*Procedência da amostra: Ejaculação Testículo Epidídimo
Tipo de amostra: Fresca Congelada
Local de 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? _____
Por uso de bebida alcohólica nas últimas 72 horas? Não Sim
Teve Varicela? Não Sim
Petra 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 solicito o teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Explique as indicações deste teste e responda 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

Apresento 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: _____

Os campos obrigatório estão marcados com *

Essas informações são essenciais para o registro do paciente em nossos sistemas.

A **falta de preenchimento** nos campos obrigatórios impedem a continuidade da análise, deixando a amostra em **quarentena** até obtenção do dados. Nestes casos, o prazo de liberação do laudo iniciará apenas quando todas as informações e assinaturas forem encaminhadas ao laboratório.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

* SELECIONE UM TESTE

SCD

TUNEL

Campo dedicado para informar qual o teste irá fazer e obrigatórios:

- FRAG através da técnica SCD
- FRAG através da técnica TUNEL



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica: _____ *UF/Unidade: _____
*Médico: _____ *CRM: _____
*E-mail para envio dos resultados: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Campos dedicados para informações do centro médico que realizou assistência, onde as informações obrigatórias são:

- Nome do centro médico/consultório/hospital/laboratório
- Unidade/UF (este campo é para possibilitar a identificação principalmente quando o centro médico possui mais de uma unidade);
- Médico e CRM (orientamos a incluir nome completo do médico responsável pela solicitação do teste para evitar possíveis erros de identificação);
- E-mail para envio do resultado (pode ser médico e/ou paciente ou ambos).

Informações adicionais:

Endereço do centro médico (importante para os locais que ainda não possuem cadastro na Igenomix).



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

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: () _____

Campos dedicados para informações do Paciente, as informações obrigatórias são:

- ID do paciente (número identificação do paciente no centro médico)
- CPF do paciente
- Nome completo do paciente

Informações adicionais:

- Endereço do paciente (importantes para a emissão da NOTA FISCAL)
- E-mail (informar quando desejar o envio do laudo)
- Telefone (informar quando o pagamento for efetuado pelo paciente)



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

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:

Informações obrigatórias:

- Data da coleta da amostra
- Procedência da amostra: assinalar uma das opções:

*Procedência da amostra: Ejaculação Testículo Epidídimo

Informações adicionais:

- Horário do fim da coleta
- Tipo de amostra (assinalar se é amostra fresca ou congelada).
- Concentração de espermatozoides total/ml
- E caso tenha informações adicionais relevantes para o seguimento do teste inserir.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

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 ? _____

Este campo não tem informações obrigatórias, porém importantes que sejam respondidas:

- Data da última ejaculação/relação sexual
- Informar se está tomando alguma medicação
- Assinalar se é fumante e a quantidade por dia
- Assinalar se ingeriu bebida alcoólica
- Assinalar se teve Varicocele
- Assinalar se teve febre nos últimos 2 dias
- Informar peso e altura
- Informar o motivo do exame



Como preencher?

Formulário de requisição do teste FRAG

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: _____

Obrigatório:

- Assinatura do médico (na ausência da assinatura, encaminhar o pedido médico)
- Assinatura do paciente
- Por ser um teste complementar ao espermograma, este teste não exige o Termo de Consentimento.