

Guia prático de como preencher documentações para realização de TESTES MOLECULARES

CS BRAZIL

Igenomix[®]

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



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

igénomix
WITH SCIENCE ON YOUR SIDE

Formulário de requisição de Testes Genéticos Moleculares

Os campos marcados com (*) são obrigatórios para a realização do teste e podem sofrer penalidade através do processamento de amostra.

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica/Centro médico: _____ *Unidade/UF: _____
 *Médico (Nome completo)/CRM: _____
 Pessoa para contato: _____
 E-mail ou telefone para contato: _____ *E-mail para envio dos resultados: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*ID do paciente (1): _____ (2): Caso não possua, colocar como NÃO APLICÁVEL.
 *Nome completo do paciente: _____
 *Data de nascimento: _____ *CPF: _____
 *Sexo: Masculino Feminino
 *Endereço: _____ *Nº: _____ *Complemento: _____
 *Cidade: _____ *Estado: _____ *CEP: _____
 *E-mail para contato: _____ *Telefone: _____

INDICAÇÃO DO TESTE

Indicação: _____ Para testes pré-natais, informe a idade gestacional (semanas): _____

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA

Tipo de amostra: Sangue periférico Líquido amniótico Viosidade coriônica Outra: _____

* Data de coleta da amostra: _____

*ANÁLISE SOLICITADA

<input type="checkbox"/> Síndrome do X-Frígil (expansão de CGG)	<input type="checkbox"/> Teste pré-natal rápido (QF-PCR)
<input type="checkbox"/> Fibrose cística (estudo de 50 mutações)	<input type="checkbox"/> Teste pré-natal para aneuploidias rápidas (NBS)
<input type="checkbox"/> Microdeleções do cromossomo Y	<input type="checkbox"/> Array pré natal
<input type="checkbox"/> Análise Protrombina (FII) - mutação G20210A	<input type="checkbox"/> Array pós natal
<input type="checkbox"/> Análise Fator V Leiden - mutação G1691A	<input type="checkbox"/> Painel NGS (Especifique em comentários)
<input type="checkbox"/> Análise MTHFR - mutações C677T e A1298C	<input type="checkbox"/> Outro teste(s): _____
<input type="checkbox"/> Hemocromatose (mutações C282Y, H63D, S65C)	
<input type="checkbox"/> Atrofia muscular espinhal (deleção do éxon 7/8)	

Comentários:

 É altamente recomendável anexar o histórico médico relevante do paciente a esta solicitação.

Consentimento do paciente: Ao enviar este formulário, solicito imediatamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido copia do consentimento informado incluído nas próximas páginas. Declaro que fui suficientemente informado(a), sou o responsável, benefícios e limitações do teste.

Assinatura do paciente: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do médico: Certifico que as informações do paciente e do médico neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicito a teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Especifico as indicações deste teste e respondo a todas as perguntas. Entendo que o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

Assinatura do médico: _____ 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 TESTES MOLECULARES

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica/Centro médico: *Unidade/UF:

* Médico (Nome completo)/CRM:

Pessoa para contato:

E-mail ou telefone para contato: *E-mail para envio dos resultados:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

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

- 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);
- Telefone e Pessoa para contato
- 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 TESTES MOLECULARES

Igenomix®

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*ID do paciente (1): (1): Caso não possua, colocar como NÃO APLICÁVEL

*Nome completo do paciente:

*Data de nascimento: *CPF:

*Sexo: Masculino Feminino

*Endereço: *Nº *Complemento:

*Cidade: *Estado: *CEP:

*E-mail para contato: *Telefone:

Caso apenas uma pessoa realize o teste, somente este campo com os dados do paciente deverão ser preenchidos os campos dedicados ao parental 1 e 2 ficarão em branco. Campos dedicados para informações do Paciente e obrigatórias:

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF do paciente
- Sexo do paciente
- Endereço completo
- Email para receber laudo
- Telefone



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

INDICAÇÃO DO TESTE

Indicação: Para testes pré-natais, informe a idade gestacional (semanas):

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA

Tipo de amostra: Sangue periférico Líquido amniótico Vilosidade coriônica Outra:

* Data da coleta da amostra:

- Informar a indicação do teste e em caso de gravidez informar de quantas semanas está.
- Informar qual o tipo de amostra coletada e enviada para análise:

Sangue periférico Líquido amniótico Vilosidade coriônica Outra:

- Informar a data de coleta da amostra.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

*ANÁLISE SOLICITADA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome do X-frágil (expansão de CGG) | <input type="checkbox"/> Teste pré-natal rápido (QF-PCR) |
| <input type="checkbox"/> Fibrose cística (estudo de 50 mutações) | <input type="checkbox"/> Teste pré-natal para aneuploidias rápidas (NGS) |
| <input type="checkbox"/> Microdeleções do cromossomo Y | <input type="checkbox"/> Array pré natal |
| <input type="checkbox"/> Análise Protrombina (FII) - mutação G20210A | <input type="checkbox"/> Array pós natal |
| <input type="checkbox"/> Análise Fator V Leiden - mutação G1691A | <input type="checkbox"/> Painel NGS (Especifique em comentários) |
| <input type="checkbox"/> Análise MTHFR - mutações C677T e A1298C | <input type="checkbox"/> Outro teste(s): <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemocromatose (mutações C282Y, H63D, S65C) | |
| <input type="checkbox"/> Atrofia muscular espinhal (deleção do éxon 7/8) | |

Comentários:

É altamente recomendável anexar o histórico médico relevante do paciente a essa solicitação.

- Campos dedicados para selecionar qual a análise vai realizar, deverá ser selecionada uma das opções.
- Inserir comentários e informações que achar pertinente para a realização do teste.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

*Consentimento do paciente: Ao assinar este formulário, solicito voluntariamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido cópia do consentimento informado incluído nas próximas páginas. Declaro que fui suficientemente informado(a), acerca dos riscos, benefícios e limitações do teste.

*Assinatura do paciente: Data: / /

*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 o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

*Assinatura do médico: Data: / /

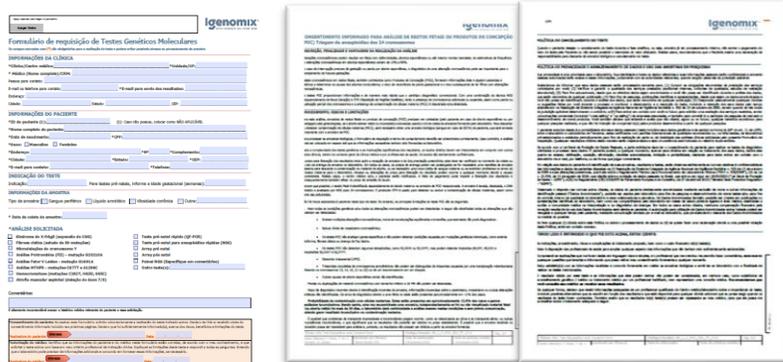
Campos dedicados para assinatura:

- PACIENTE:
- MÉDICO (caso o médico tenha fornecido um pedido médico não é obrigatório assinar novamente).



Como preencher?

Termo de consentimento do teste TESTES MOLECULARES



O Consentimento Informado tem como finalidade principal esclarecer ao paciente o seu diagnóstico, o prognóstico, os meios e formas de tratamento disponíveis e seus riscos, para que diante dessas informações o paciente possa exercer a sua autonomia e tomar uma decisão livre sobre qual procedimento será submetido.

Abordagem do consentimento:

- DESCRIÇÃO, FINALIDADE E VANTAGENS DA REALIZAÇÃO DA ANÁLISE
- PROCEDIMENTO, RISCOS E LIMITAÇÕES
- POLÍTICA DE CANCELAMENTO DO TESTE
- POLÍTICA DE PRIVACIDADE E ARMAZENAMENTO DE DADOS E USO DAS AMOSTRAS EM PESQUISAS

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTUDOS GENÉTICOS MOLECULARES

1. Foi informado da indicação, objetivo, características, escopo e limitações do teste genético e recebi respostas adequadas para minhas perguntas.
2. Declaro que as informações pessoais e médicas que forneci são precisas.
3. Entendo que pode ser solicitada uma nova amostra se o diagnóstico for completo e exigir mais testes genéticos ou se a amostra obtida não for de qualidade ou quantidade adequada. Da mesma forma, entendi que pode ser necessário que uma amostra de sangue seja coletada de meus pais biológicos ou de outros membros da família para fins de conclusão do estudo ou para ajudar a interpretar melhor os testes realizados.
4. O laboratório presuppõe que, em testes destinados a identificar a origem das alterações genéticas em estudo, o médico confirmou que as amostras enviadas são dos pais biológicos do paciente.
Caso contrário, especifique os detalhes da situação: _____
5. Entendo e aceito que a equipe clínica possa entrar em contato comigo para solicitar mais dados clínicos.
6. Entendo que os resultados deste teste não substituem o diagnóstico médico realizado em uma prática médica, nem o aconselhamento genético oferecido pelo meu médico. Recomenda-se que os resultados sejam apresentados durante uma consulta. O laboratório não é responsável por como você ou seu médico usam os resultados obtidos, nem quaisquer efeitos prejudiciais que possam resultar do uso dessas informações.
7. Entendo que um resultado negativo não implica a ausência de um distúrbio genético, pois depende do escopo do estudo solicitado com base na suspeita de diagnóstico e nas limitações descritas neste documento, bem como no relatório de resultados.
8. Entendo que as informações obtidas podem afetar futuras gestações e outros parentes e, se for o caso, é melhor eu compartilhar essas informações pessoalmente.
9. Antes de fazer o teste genético, considere as implicações dos possíveis resultados. Existem quatro resultados possíveis:
 - a) Resultado positivo: Foi encontrada uma ou mais alterações que, acredita-se, causaram a suspeita de diagnóstico que foi o motivo do estudo. Essa descoberta deve confirmar ou fornecer mais informações sobre o diagnóstico.
 - b) Resultado inconclusivo: São encontradas uma ou mais alterações que não possuem um significado claro. Nesse caso, pode ser necessário solicitar testes adicionais ou estudar outros membros da família para tentar confirmar se os achados estão relacionados à suspeita de diagnóstico que foi o motivo do estudo.
 - c) Resultado negativo: Não foram encontradas alterações genéticas que pudessem explicar o diagnóstico suspeito de que foi o motivo do estudo. Um resultado negativo não implica a ausência de um distúrbio genético, pois depende do estudo solicitado para o diagnóstico suspeito e das limitações da técnica utilizada.
 - d) Resultado não informativo: Muito raramente, uma amostra contaminada, de baixa qualidade e / ou quantidade pode impedir a obtenção de resultados.



Como preencher?

Termo de consentimento do teste TESTES MOLECULARES

Consentimento do paciente

Ao assinar este termo, solicito voluntariamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido cópia do consentimento informado incluído nas páginas anteriores. Declaro que fui suficientemente informado(a), acerca dos riscos, benefícios e limitações do teste.

Assinatura do paciente:

Data: / /

Nome completo do paciente:

Campo Obrigatório:

- Assinatura do paciente ou responsável
- Nome completo do paciente e responsável
- Data