

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PAINÉIS DE INFERTILIDADE

Os campos assinalados com (*) são de preenchimento obrigatório para a realização do estudo genético.

Teste solicitado: *

- Painel de Infertilidade **Feminina** Painel de Infertilidade **Feminina após CGT ou GPD*** (assinale apenas se já tiver solicitado um teste CGT/GPD**)
- Painel de Infertilidade **Masculina** Painel de Infertilidade **Masculina após CGT ou GPD*** (assinale apenas se já tiver solicitado um teste CGT/GPD**)

**Teste GPD com processo de sequenciamento (WES, WES Trio/ casal ou Painéis)

Médico solicitante: *

Nome: _____
CRM: _____

Clínica/Hospital/Centro:*

Informações do paciente: *

Nome completo / ID: _____

Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ____/____/____

CPF: _____

Resultado do cariotipo¹: _____

¹ A precisão do teste pode variar na presença de anomalias cromossômicas.

Sexo: Masculino Feminino

Consanguinidade: Sim Não

Informações da amostra: *

Tipo de amostra:

- Sangue DNA extraído [.....] ng/ul
 Saliva
 Swab Outros

Data de coleta da amostra (DD/MM/AAAA): ____/____/____

Nome e registro profissional (se houver) do responsável pela coleta:

Indicação clínica:

- Causa inexplicável de infertilidade Hipogonadismo hipogonadotrófico Distúrbio de desenvolvimento sexual
 Disfunção ovulatória Defeitos na maturação ovocitária Histórico de parada no desenvolvimento embrionário
 Abortos recorrentes Fator masculino (especificar: _____)
 Outros (especificar: _____)

Grupo étnico : Árabe Caucasiano Sul-Asiático Oriental Ashkenazi Hispânico Romani Afro - _____
 Afro-brasileiro Indígena Outro (indicar): _____

*Obs: É possível assinalar mais de uma opção.

Assinatura do paciente *

Através da assinatura deste formulário, solicito voluntariamente à Igenomix a realização do teste de painel de infertilidade em nome da Clínica/Hospital/Centro, que atuará como responsável pelo tratamento dos meus dados pessoais. Li e recebi uma cópia do documento de consentimento do meu provedor clínico para o tratamento em si, juntamente com informações relevantes sobre o tratamento dos meus dados pessoais para a realização do teste. Fui devidamente informado sobre os riscos, benefícios e limitações deste teste.

Assinatura:

Data (DD/MM/AAAA): ____/____/____

E-mail:

Autorização do médico solicitante *

Certifico que as informações do paciente e do médico prescritor nesta solicitação estão corretas, que solicitei o estudo de triagem genética acima indicado com base no meu critério profissional e que o paciente assinou o consentimento da Igenomix. Expliquei as limitações deste estudo e respondi a qualquer pergunta com critério médico. Compreendo que a Igenomix possa precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações se necessário.

Ao assinar esta solicitação, autorizo o teste genético para este paciente.

Assinatura do médico solicitante:

Data (DD/MM/AAAA): ____/____/____

E-mail para envio de relatório ao médico solicitante:

E-mail 1:

E-mail 2:

Ao assinalar esta opção, confirmo que:

- Consinto o tratamento dos meus dados pessoais pela Igenomix (atuando como responsável pelo tratamento) para fins de pesquisa/pesquisas científicas, uma vez pseudonimizados após a realização do teste, nos termos estabelecidos no Aviso de Privacidade disponível abaixo, que li e reconheço.