

## 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 cariotipo<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.