

Requisição de Pré-PGT-M (doenças monogênicas)

Os campos marcados com * são obrigatórios para a realização do teste

*TESTE SOLICITADO (Campo preenchido pela Igenomix)

Por favor indique o tipo de teste:

- Pré PGT-M para mutações comuns
- Pré PGT-M para mutações incomuns

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica: _____ Data da solicitação do teste: _____

*Nome do médico/CRM: _____ *E-mail para envio do laudo: _____

*INFORMAÇÕES DO PACIENTE

ID/NHC do paciente: _____ N° da consulta: _____

*Mulher: _____ *CPF: _____

*Data de nascimento: _____ *Data da coleta: _____ *E-mail _____

*Homem: _____ *CPF: _____

*Data de nascimento: _____ *Data da coleta: _____ *E-mail _____

*Endereço completo: _____ CEP _____ Cidade/Estado _____

*Doença/gene: _____

Estado da Doença Paciente (mulher): Tem a doença Portador Não é portador

Estado da Doença Paciente (homem): Tem a doença Portador Não é portador

*INFORMAÇÕES DOS MEMBROS DA FAMÍLIA (Preencher apenas se as amostras forem enviadas à Igenomix)

1. Nome: _____ Estado clínico: _____ ID/NHC: _____

Data de nascimento: _____ Parentesco: _____ Data da coleta: _____

E-mail para contato: _____

2. Nome: _____ Estado clínico: _____ ID/NHC: _____

Data de nascimento: _____ Parentesco: _____ Data da coleta: _____

E-mail para contato: _____

3. Nome: _____ Estado clínico: _____ ID/NHC: _____

Data de nascimento: _____ Parentesco: _____ Data da coleta: _____

E-mail para contato: _____

4. Nome: _____ Estado clínico: _____ ID/NHC: _____

Data de nascimento: _____ Parentesco: _____ Data da coleta: _____

E-mail para contato: _____

Comentários: _____

Ainda serão enviadas amostras de familiares: SIM NÃO

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. 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: _____/_____/_____