

(Obrigatório)

Língua do relatório

EN

ES

PT

PT-BR

DE

IT

PL

MyNutriGenes®

Estudo genético de nutrição personalizada

## REQUISIÇÃO DE TESTE GENÉTICO

### IDENTIFICAÇÃO DO CASO ÍNDICE (Obrigatório)

Nome		Nº Processo	
Data de nascimento	Etnia	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### INFORMAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE (Obrigatório)

Nome		Instituição	
Morada		CP	
Telefone	E-mail		
Data de Requisição	Assinatura		

### TESTE GENÉTICO REQUERIDO

Motivo:

#### Adequação do plano nutricional

Perfil genético relevante para:

- A predisposição para o aumento de peso A
- influência da alimentação na massa gorda A
- influência da alimentação no metabolismo
- As necessidades e sensibilidades nutricionais e destoxificação
- O controle de apetite, saciedade e alimentação emocional

### IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRA

**Saliva**

Kits de recolha aconselhados:

- Isohelix Saliva Collectors Kit, GFX-01
- Oragene DNA Collection kit, Genotek
- DNA/RNA Shield™ Collection Tube with Swab, Zymo

**Sangue total**

Tubo 2 mL hemograma com K<sub>2</sub>EDTA

**DNA** mínimo 300ng a [35] ng/μL

### INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Peso (kg)	Índice Massa Corporal	Relação Cintura-Anca (cm)
Fez dieta acompanhado(a) por um(a) nutricionista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Tem tendência para petiscar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se sim, recuperou o peso perdido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se sim, antes <sup>(1)</sup> ou depois <sup>(2)</sup> do jantar? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Quantas horas de exercício por semana? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> +7		Quantos cafés toma por dia? <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> +4

MyNutriGenes®

Estudo genético de nutrição personalizada

## REQUISIÇÃO DE TESTE GENÉTICO

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE GENÉTICO

(Obrigatório)

*De acordo com o disposto no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, na Lei 12/2005 de 26 de Janeiro, e a sua regulamentação constante do Decreto-Lei 131/2014 de 29 de Agosto, bem como da Norma 015/2013 da Direção Geral de Saúde.*

*Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao profissional de saúde se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, assine este documento.*

*Compreendo e autorizo voluntariamente que a HeartGenetics S.A. realize o teste genético descrito. Dou autorização para colheita de material biológico e execução do teste genético com vista ao estudo genético para o qual dou o meu consentimento, cujos procedimentos, finalidades e limitações me foram explicados.*

*Tenho conhecimento e compreendo que serão implementadas medidas de proteção e confidencialidade dos meus dados e que a qualquer momento tenho o direito de aceder, atualizar e/ou eliminar os meus dados pessoais.*

*Compreendi toda a informação que me foi transmitida, as implicações e limitações do estudo genético que irei realizar. Dou autorização para que os meus dados pessoais incluídos no formulário de requisição de teste genético (incluindo o meu nome e informações complementares) assim como a minha amostra biológica, sejam enviados e transmitidos à HeartGenetics, S.A. para que o teste genético indicado seja realizado e para a elaboração do relatório genético.*

*Tive a oportunidade de colocar questões e de debater as capacidades, limitações e possíveis riscos do estudo genético com o meu profissional de saúde. Tenho conhecimento de que se desejar, posso obter aconselhamento genético profissional antes de assinar este consentimento informado.*

- Autorizo que o material biológico e dados complementares sejam utilizados em estudos de investigação científica na área da genética cardiovascular, de forma anónima.*

Assinatura do titular dos dados e da amostra biológica

Data

Local de colheita

*Se não for o(a) próprio(a) a assinar:*

Nome

BI / CC n.º

Data de emissão / validade

Grau de parentesco ou tipo de representação

Documento feito em duplicado: uma via para integração no processo de estudo genético, outra para a pessoa que consente.



MyNutriGenes®

Estudo genético de nutrição personalizada

## REQUISIÇÃO DE TESTE GENÉTICO - Cópia

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE GENÉTICO (Obrigatório)

*De acordo com o disposto no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, na Lei 12/2005 de 26 de Janeiro, e a sua regulamentação constante do Decreto-Lei 131/2014 de 29 de Agosto, bem como da Norma 015/2013 da Direção Geral de Saúde.*

*Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao profissional de saúde se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, assinie este documento.*

*Compreendo e autorizo voluntariamente que a HeartGenetics S.A. realize o teste genético descrito. Dou autorização para colheita de material biológico e execução do teste genético com vista ao estudo genético para o qual dou o meu consentimento, cujos procedimentos, finalidades e limitações me foram explicados.*

*Tenho conhecimento e compreendo que serão implementadas medidas de proteção e confidencialidade dos meus dados e que a qualquer momento tenho o direito de aceder, atualizar e/ou eliminar os meus dados pessoais.*

*Compreendi toda a informação que me foi transmitida, as implicações e limitações do estudo genético que irei realizar. Dou autorização para que os meus dados pessoais incluídos no formulário de requisição de teste genético (incluindo o meu nome e informações complementares) assim como a minha amostra biológica, sejam enviados e transmitidos à HeartGenetics, S.A. para que o teste genético indicado seja realizado e para a elaboração do relatório genético.*

*Tive a oportunidade de colocar questões e de debater as capacidades, limitações e possíveis riscos do estudo genético com o meu profissional de saúde. Tenho conhecimento de que se desejar, posso obter aconselhamento genético profissional antes de assinar este consentimento informado.*

- Autorizo que o material biológico e dados complementares sejam utilizados em estudos de investigação científica na área da genética cardiovascular, de forma anónima.*

Assinatura do titular dos dados e da amostra biológica

Data

Local de colheita

*Se não for o(a) próprio(a) a assinar:*

Nome

BI / CC n.º

Data de emissão / validade

Grau de parentesco ou tipo de representação

Documento feito em duplicado: uma via para integração no processo de estudo genético, outra para a pessoa que consente.