



(Obrigatório)

Língua do relatório  EN  ES  
 PT  PT-BR

## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR FARMACOGENÉTICA

Vinheta de identificação  
Código de barras

### IDENTIFICAÇÃO DO CASO ÍNDICE (Obrigatório)

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

### INFORMAÇÃO DO MÉDICO REQUISITANTE (Obrigatório)

Nome		Instituição	
Endereço		CEP	
Telefone	E-mail		
Data de Requisição	Assinatura		

### TESTE MOLECULAR REQUERIDO (consultar verso para mais detalhes)

VARIANTES  
GENÉTICAS

<input type="checkbox"/>	Estudo da farmacogenética para a Varfarina	3
<input type="checkbox"/>	Estudo da farmacogenética para a Sinvastatina	3
<input type="checkbox"/>	Estudo da farmacogenética para o Clopidogrel	3
<input type="checkbox"/>	<b>OncoAlvo®</b> - Estudo genético da resposta à terapia anti-EGFR do carcinoma colorretal metastático	171

### MOTIVO (aconselhado preencher)

Urgente

### IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (marcar tubos com a informação relativa ao caso índice)

<input type="checkbox"/>	<b>Sangue total</b> (preferencial) - 2 a 3 mL em tubo de hemograma com spray K <sub>2</sub> EDTA ou K <sub>3</sub> EDTA
<input type="checkbox"/>	<b>DNA</b> - Volume ____ µL; Concentração ____ µg/mL; Mínimo 300ng a [35] ng/µL
<input type="checkbox"/>	<b>Saliva</b> - Kits aconselhados: <b>1.</b> Isohelix Saliva Collectors Kit, <b>2.</b> GFX-01Oragene DNA collection kit, Genotek
<input type="checkbox"/>	<b>Secção de tecido FFPE</b>



## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR FARMACOGENÉTICA

Vinheta de identificação  
Código de barras

### INFORMAÇÃO DE HISTÓRIA FAMILIAR

Informação Clínica e Terapêutica

Nº Processo

Nome

No caso de indicar a árvore genealógica, identifique o caso index com uma seta.

### CONSULTA PRÉVIA DE GENÉTICA MÉDICA

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE OU DATA DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

### TESTES GENÉTICOS

#### Estudo da farmacogenética para a Varfarina

Estudo genético das variantes genéticas que contribuem para a farmacocinética e farmacodinâmica da Varfarina.  
Estudo de 3 variantes genéticas dos genes *CYP2C9* e *VKORC1*.

#### Estudo da farmacogenética para a Sinvastatina

Estudo genético das variantes genéticas que contribuem para a farmacocinética da Sinvastatina.  
Estudo de 3 variantes genéticas do gene *SLCO1B1*.

#### Estudo da farmacogenética para o Clopidogrel

Estudo genético das variante genéticas que contribuem para a farmacocinética e farmacodinâmica do Clopidogrel.  
Estudo de 3 variantes genéticas do gene *CYP2C19*.

#### OncoAlvo® - Estudo genético da resposta à terapia anti-EGFR do carcinoma colorretal metastático

Estudo de 171 variantes genéticas dos genes *KRAS*, *NRAS*, *BRAF*, *EGFR*, *ERBB2* e *PIK3CA*



## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR FARMACOGENÉTICA

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

*De acordo com o disposto na Regulamentação (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 – Regulamentação 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 feita, assine este documento.*

*Compreendo e autorizo voluntariamente que a HeartGenetics S.A. realize o teste genético descrito. Dou autorização para coleta de material biológico e realização do teste genético para o 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 acessar, atualizar e/ou eliminar os meus dados pessoais.*

*Compreendi toda a informação que me foi transmitida, as implicações e limitações do estudo genético que realizarei. Dou autorização para que os meus dados pessoais incluídos no formulário de requisição de teste genético (incluindo o meu nome e informações complementares), bem 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 fazer perguntas 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 pesquisa científica em genética cardiovascular, de forma anônima.*

Assinatura do titular dos dados e da amostra biológica

Data

Local de coleta

*Se for assinado por um representante legal:*

Nome

RG

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.



## REQUISIÇÃO DE TESTE MOLECULAR FARMACOGENÉTICA - Cópia

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

(Obrigatório)

*De acordo com o disposto na Regulamentação (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 – Regulamentação 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 feita, assine este documento.*

*Compreendo e autorizo voluntariamente que a HeartGenetics S.A. realize o teste genético descrito. Dou autorização para coleta de material biológico e realização do teste genético para o 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 acessar, atualizar e/ou eliminar os meus dados pessoais.*

*Compreendi toda a informação que me foi transmitida, as implicações e limitações do estudo genético que realizarei. Dou autorização para que os meus dados pessoais incluídos no formulário de requisição de teste genético (incluindo o meu nome e informações complementares), bem 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 fazer perguntas 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 pesquisa científica em genética cardiovascular, de forma anônima.*

Assinatura do titular dos dados e da amostra biológica

Data

Local de coleta

*Se for assinado por um representante legal:*

Nome

RG

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.