

(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	Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

INFORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE REQUISITANTE (Obrigatório)

Nome		Instituição	
Endereço		CEP	
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 de gordura
- A influência da alimentação no metabolismo nutricional
- necessidades e sensibilidades nutricionais e detoxificação
- O controle de apetite, saciedade e alimentação emocional

IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRA

- Saliva**
Kits de coleta 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 K₂EDTA
- DNA** mínimo 300ng a [35] ng/μL

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Peso (kg)	Índice de Massa Corporal (IMC)	Relação cintura-quadril (cm)
Fez dieta acompanhado(a) por um(a) nutricionista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Tem tendência para beliscar? <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 ⁽¹⁾ ou depois ⁽²⁾ 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 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.

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 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.