

Número de caso	
Data de recepção	
Número de pedido	

(A preencher pelo LabGenetics)

SOLICITAÇÃO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE DOENÇAS MULTISISTÉMICAS E MITOCONDRIAIS

PACIENTE OU DOADOR DA AMOSTRA		
Nome:	Apelidos:	
BI:	Idade:	Nº de História Clínica:
Antecedentes:		

CENTRO MÉDICO OU LABORATÓRIO		
Nome ou Razão Social:		BI/CIF:
Direcção:		Localidade:
Cidade:	Código Postal:	Tlf.:
Faxe:	Correio electrónico:	

AMOSTRA ENVIADA		
Número de Referência	Tipo de Amostra (Breve descrição)	Código LabGenetics

ANÁLISE SOLICITADA	
<input type="checkbox"/> FIBROSE QUÍSTICA	<input type="checkbox"/> RIM POLIQUÍSTICO
<input type="checkbox"/> Panel das 30 mutações com maior prevalência.	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene PKD1
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene CFTR	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene PKD2
<input type="checkbox"/> Polimorfismo IVS8-Tn (poli-T) do gene CFTR	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE NOONAN (SN1)
<input type="checkbox"/> NEUROPATÍA ÓPTICA DE LEBER (LHON)	<input type="checkbox"/> SURDEZ HEREDITÁRIA MATERNA
<input type="checkbox"/> Mutações G11778A, T14484C e G3460GA	<input type="checkbox"/> Mutações T7445C e A7443G no gene MTCO1
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa das regiões MTND1, MTND2, MTND4, MTND5 e MTND6	<input type="checkbox"/> Mutações A1555G, A827G, T961C, T961insC, T961delT+C(n)ins, T1005C, A1116G e C1494T no gene MTRNR1
<input type="checkbox"/> NEUROPATÍA, ATAXIA E RETINITE PIGMENTOSA (NARP)	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE MELAS
<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE LEIGH HERANÇA MATERNA	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE MERRF
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO A LA CARTE: _____	

Em _____, a _____ de _____ de 200__

Nome: _____ Assinatura: _____

Todos os dados de carácter pessoal que aparecem neste formulário, assim como os resultados das análises, ficam incorporados num ficheiro segundo a responsabilidade do LabGenetics. De conformidade com a legislação vigente, todas as pessoas relatadas neste documento poderiam exercer o seu direito de oposição, acesso, rectificação e cancelamento, enviando um correio electrónico, devidamente identificado ao endereço info@labgenetics.com.es.

Comunicação de Resultados	<input type="checkbox"/> Correio ordinário	<input type="checkbox"/> Faxe	<input type="checkbox"/> Correio electrónico
----------------------------------	--	-------------------------------	--