

Número de caso	
Data de recepção	
Número de pedido	

(A preencher pelo LabGenetics)

SOLICITAÇÃO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE DOENÇAS MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

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:	

AMOSTRAS ENVIADAS		
Número de Referência	Tipo de Amostra (Breve descrição)	Código LabGenetics

ANÁLISE SOLICITADA	
<input type="checkbox"/> ACONDROPLASIA	<input type="checkbox"/> OSTEOGÉNESE IMPERFEITA
<input type="checkbox"/> DISTONIA DE TORSÃO TEMPRANA	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene COL1A1
<input type="checkbox"/> DISTONIA COM RESPOSTA À DOPA (DYT5)	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene COL1A2
<input type="checkbox"/> DISTONIA MIOCLÓNICA (DYT11)	<input type="checkbox"/> OSTEOPETROSE
<input type="checkbox"/> DISTONIA PARKINSONIANA (DYT12)	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene OSTM1
<input type="checkbox"/> DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene TIRC7
<input type="checkbox"/> DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE E BECKER	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene CLCN7
<input type="checkbox"/> ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ALS1)	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE
<input type="checkbox"/> HIPOCONDROPLASIA	<input type="checkbox"/> Polimorfismos <i>BsmI</i> , <i>ApaI</i> , <i>TaqI</i> e <i>FokI</i> no gene VDR
<input type="checkbox"/> MIOPATÍA NEMALÍTICA TIPO 1	<input type="checkbox"/> Polimorfismo Pro463Leu no gene CTR
<input type="checkbox"/> MIOPATÍA NEMALÍTICA TIPO 2	<input type="checkbox"/> Polimorfismos PCOL2 e Sp1 no gene COL1A1
<input type="checkbox"/> MIOPATÍA NEMALÍTICA TIPO 3	<input type="checkbox"/> Polimorfismos PvuII e XbaI no gene ESR1
<input type="checkbox"/> MIOPATÍA NEMALÍTICA TIPO 4	<input type="checkbox"/> Polimorfismos -572G-C e -174 G-C no gene IL-6
<input type="checkbox"/> PATOLOGIA DE ELEVADA MASSA ÓSSEA	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE OSTEOPOROSE-PSEUDOGLIOMA
<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
---------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------