

<b>Número de caso</b>	
<b>Data de recepción</b>	
<b>Número de pedido</b>	

(A preencher pelo LabGenetics)

### SOLICITAÇÃO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE DOENÇAS NEOPLÁSICAS

#### 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"/> <b>CANCRO DE MAMA/OVÁRIO</b>	<input type="checkbox"/> <b>MELANOMA CUTANEO MALIGNO (CMM2)</b>
<input type="checkbox"/> Exões 2, 3, 5, 8, 11, 18, 20 e 23 do gene BRCA1	<input type="checkbox"/> <b>NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 1 (MEN1)</b>
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene BRCA1	<input type="checkbox"/> <b>NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 2 (MEN2)</b>
<input type="checkbox"/> Exões 2, 10, 11 y 23 do gene BRCA2	<input type="checkbox"/> <b>NEUROFIBROMATOSE TIPO 1</b>
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene BRCA2	<input type="checkbox"/> <b>NEUROFIBROMATOSE TIPO 2</b>
<input type="checkbox"/> <b>CANCRO DE CÓLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO 1</b>	<input type="checkbox"/> <b>ONCOGENE BRAF</b>
<input type="checkbox"/> Estudo de instabilidade de microssatélites	<input type="checkbox"/> <b>ONCOGENE K-RAS</b>
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene MSH2	<input type="checkbox"/> <b>PARAGANGLIOMA FAMILIAR TIPO 1</b>
<input type="checkbox"/> <b>CANCRO DE CÓLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>PARAGANGLIOMA FAMILIAR MALIGNO</b>
<input type="checkbox"/> Estudo de instabilidade de microssatélites	<input type="checkbox"/> <b>POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (FAP)</b>
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene MLH1	<input type="checkbox"/> <b>MÚLTIPLA POLIPOSE</b>
<input type="checkbox"/> <b>CARNICOMA MEDULAR DE TIRÓIDES</b>	<input type="checkbox"/> <b>RETINO BLASTOME</b>
<input type="checkbox"/> Exões 10, 11, 13, 14 y 16 do gene RET	<input type="checkbox"/> <b>SÍNDROME DE DIGEORGE</b>
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene RET	<input type="checkbox"/> <b>SÍNDROME DE LI-FRAUMENI (p53)</b>
<input type="checkbox"/> <b>DOENÇA DE COWDEN</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÍNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU</b>
<input type="checkbox"/> <b>ESCLEROSE TUBEROSA (TSC1 E TSC2)</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO AUTOINMUNE</b>
<input type="checkbox"/> <b>INSTABILIDADE GENÉTICA</b>	<input type="checkbox"/> <b>TUMOR DE WILMS (NEFROBLASTOMA)</b>
<input type="checkbox"/> <b>DIAGNÓSTICO A LA CARTE:</b> _____	

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](mailto:info@labgenetics.com.es).

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