

Número de caso	
Data de recepción	
Número de pedido	

(A preencher pelo LabGenetics)

### SOLICITAÇÃO DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

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"/> ALZHEIMER FAMILIAR PRECOCE	<input type="checkbox"/> DOENÇA DE TAY-SACHS
<input type="checkbox"/> ALZHEIMER TARDÍO	<input type="checkbox"/> Mutações 1277insTATC, 1421+1G>C e G269S
<input type="checkbox"/> ATAXIA DE FRIEDREICH	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene HEXA
<input type="checkbox"/> ATAXIAS ESPINOCEREBELASAS	<input type="checkbox"/> NEURODEGENERAÇÃO (PANTOTENASO KINASA)
<input type="checkbox"/> ATROFIA MUSCULAR ESPINAL RECESIVA	<input type="checkbox"/> NEUROPATÍA TOMACULAR (HNPP)
<input type="checkbox"/> ATROFIA ESPINOBULBAR DE KENNEDY	<input type="checkbox"/> Deleção CMT1A (17p11.2)
<input type="checkbox"/> CADASIL (ARTERIOPATÍA CEREBRAL)	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene PMP22
<input type="checkbox"/> Sequenciação dos exões 3 e 4 do gene NOTCH3	<input type="checkbox"/> PARKINSON FAMILIAR DOMINANTE (PARK1)
<input type="checkbox"/> Sequenciação dos exões 11, 18 e 19 gene NOTCH3	<input type="checkbox"/> PARKINSON JUVENIL RECESSIVO (PARK2)
<input type="checkbox"/> COREIA DE HUNTINGTON	<input type="checkbox"/> PARKINSON DOMINANTE- CORPOS LEWY (PARK4)
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1A	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE MOWAT-WILSON
<input type="checkbox"/> Duplicação CMT1A (17p11.2)	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE RETT
<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene PMP22	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DO X FRÁGIL (FRAX)
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1X	<input type="checkbox"/> SURDEZ NEUROSENSORIAL NÃO SINDRÓMICA
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1B	<input type="checkbox"/> Mutação 35delG do gene GJB2 (Conexina 26)
<input type="checkbox"/> CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1D	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene GJB2 (Conexina 26)
<input type="checkbox"/> DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL	<input type="checkbox"/> Sequenciação completa do gene GJB6 (Conexina 30)
<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 relacionadas 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).

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