

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS

Dados do Médico Solicitante

Nome do médico	
Instituição	Serviço
Email	Telefone

Dados Clínicos do Doente (Preencher ou colar etiqueta)

Nome	Sexo
Data de Nascimento	Email
EM CASO DE EMISSÃO DE FATURA EM NOME DO DOENTE:	
NIF	Morada
Etnia <input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Outros	

Colar etiqueta

Tipo de Amostra: <input type="checkbox"/> Sangue Periférico <input type="checkbox"/> DNA (Proveniência: _____) <input type="checkbox"/> Outro _____
Data de extração:

Motivo da consulta / Resumo de História Clínica / Antecedentes
IMPORTANTE: Para o correto processamento da amostra e análise dos resultados, indique a suspeita clínica, motivo da consulta, informação clínica relevante e antecedentes pessoais e familiares associados ao doente.

A amostra deve seguir sempre acompanhada desta requisição e do consentimento informado correspondente (que pode encontrar em www.nimgenetics.com). No caso de o consentimento informado não acompanhar a amostra, assinala o seguinte campo:

Declaro que o doente foi informado sobre a indicação, finalidade, características, alcance e limitações do estudo solicitado. O consentimento informado associado a este estudo foi assinado pelo doente, sob custódia da instituição ou médico responsável.

Assinatura do médico responsável: _____

Dados de Faturação e forma de pagamento

Entidade	
Direção	
Pessoa Autorizada	NIF
Telefone	E-mail
Assinatura Autorizada	

Estudo pretendido:

ARRAYS CGH

- KaryoNIM® Postnatal 60K(CGH1001)
- KaryoNIM® Postnatal 180K (CGH1003)
- KaryoNIM® 180K Autismo(CGH1005)
- KaryoNIM® 400K(CGH1007)

PAINÉIS NGS E GENES ÚNICOS

- NIMSeq®(Referência): _____
- Doença(s)/Gene(s): _____
- _____

EXOMAS

- ExoNIM® Dirigido (Referência): _____
Doença(s)/Gene(s): _____
- ExoNIM® Clínico (EXN2003)
- ExoNIM® Trio (EXN3001)
- Outro (Referência ou lista de genes): _____

ESTUDO DE PORTADORES (SANGER)

- Grau de parentesco em relação ao caso de referência: _____
 - Caso de referência estudado previamente na NIMGenetics: _____
 - NÃO → NECESSÁRIO JUNTAR CÓPIA DO RELATÓRIO prévio que contenha informações das variantes a analisar (gene, #NM, alteração nucleótido/proteína)
 - Sim → Identificador do caso de Index _____
- | | | |
|-------------|------|-------------------------------|
| Variante 1: | | |
| | Gene | Alteração nucleótido/proteína |
| | | |
| Variante 2: | | |
| | Gene | Alteração nucleótido/proteína |
| | | |
| Variante 3: | | |
| | Gene | Alteração nucleótido/proteína |

Outros

- MLPA (Especificar/referência*) _____
- DNA Mitocondrial (Especificar/referência*) _____
- Expansões de tripletos (Especificar/referência*) _____
- Outro (Especificar/referência*) _____

Para envio da amostra, contacte:

rececaodeamostras@nimgenetics.com
nimportugal@nimgenetics.com

Para assessoria genética, contacte:

assessoria@nimgenetics.com
svaz@nimgenetics.com

Para qualquer questão, contacte: 964 024 731 | 964 023 333 | 932 348 032

Proteção de dados e confidencialidade

Conforme a Lei 41/2002 Reguladora da Autonomia do Paciente e a Lei 15/1999 de Proteção de Dados de Carácter Pessoal, o solicitante deve dispor do consentimento do paciente para levar a cabo as provas diagnósticas solicitadas e para o tratamento de dados. Deste modo, e como informação a facilitar ao paciente, devemos informar que os dados recolhidos no presente formulário serão incorporados num fichero automatizado de carácter confidencial, devidamente inscrito na Agência Espanhola de Proteção de Dados, conforme os termos estabelecidos na Lei 15/1999, cuja titularidade corresponde à NIMGenetics, S.L., com a finalidade de gerir o estudo de diagnóstico no formulário descrito, podendo exercer o paciente em qualquer momento os direitos de acesso, retificação, cancelamento, reconhecimento pela citada normativa em matéria de proteção de dados de carácter pessoal, dirigindo-se à seguinte morada: NIMGENETICS, S.L., Genómica y Medicina, C/Faraday, 7 28049 Madrid.