

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Dados do Solicitante

Centro Solicitante		Data:
Nome e Apellidos		
Morada:		Correio Eletrónico:
Distrito:	Código Postal:	Telefone:

Dados Clínicos do Paciente

Nome e Apellidos:	Sexo:	Edad:
Diagnóstico		
Motivo da Consulta:	Resumo Historial Clínico/Antecedentes:	
Tipo de Amostra:	Data de extração:	

A amostra deve seguir sempre acompanhada deste formulário de solicitação e o correspondente consentimento informado. Este último documento pode descarregar-se em www.nimgenetics.com. **Somente no caso do consentimento informado não acompanhar a amostra, marcar o seguinte campo:**

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

Assinatura do médico responsável: _____

Dados de Faturação e Forma de Pagamento

Entidade:	
Morada:	
Pessoa Autorizada:	NIF / CIF:
Telefone:	Correio Eletrónico:
Assinatura Autorizada:	

Dados de Contacto:

NIMGenetics, Calle Faraday, 7 · 28049 Madrid / Tel. (+ 34) 91 037 83 54 / contactoespecialistas@nimgenetics.com

GRAVIDEZ E REPRODUÇÃO

KaryoNIM® Prenatal (PRE3001)	<input type="checkbox"/>	QF-PCR fetal (PRE4001)	<input type="checkbox"/>
ReproNIM® Carrier (REP1001)	<input type="checkbox"/>	Estudo de contaminação materna (PRE4002)	<input type="checkbox"/>
ReproNIM® Focus - LX (REP1004)	<input type="checkbox"/>	Cariotipo no líquido amniótico (PRE5001)	<input type="checkbox"/>
TromboNIM® (PEG7001)	<input type="checkbox"/>	Cariotipo em biópsia coriônica (PRE5002)	<input type="checkbox"/>
Sequenciação sanger mutação pontual	<input type="checkbox"/>	NIMSeq® Pré-natal	<input type="checkbox"/>
ExoNIM® Dirigido Pré-natal	<input type="checkbox"/>	ExoNIM® Trio Pré-natal	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar*): _____			

Estudo do portadores (SANGER)

- Grau de parentesco em relação a caso de referência:

- Caso de referência estudado previamente na NIMGenetics:

No – **NECESSÁRIO JUNTAR CÓPIA DE RELATÓRIO** que contenha informação das variantes a analisar (gene #NM, cambio nucleótico/proteína)

Si – **Identificador de caso referência:** _____

Variante 1: _____

Gen Cambio nucleótico/proteína

Variante 2: _____

Gen Cambio nucleótico/proteína

(*) Consulte os nossos testes em www.nimgenetics.com

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 términos estabelecidos na Lei 15/1999, cuja titularidade corresponde a 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, rectificação, cancelamento, reconhecidos 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.