

COLE AQUI  
ETIQUETA DB

## RQ-0825 myNewbornDNA

**\*Todos os dados são imprescindíveis**

### Informação sobre a amostra

Tipo de amostra:  Saliva  Sangue Data da coleta da amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código de barras (localizado no kit de coleta): \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo biológico:  Feminino  Masculino

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

### Etnia:

Asiática  Afro-descendente  Oriente médio  Judeu asquenaze  Hispânico

Branco/Caucasiano  Outro (especificar): \_\_\_\_\_

Histórico médico pessoal relevante para o teste solicitado:  Sim  Não

Doença(s) e idade(s) de início (se aplicável): \_\_\_\_\_

Testes/resultados genéticos anteriores: \_\_\_\_\_

Receptores de medula óssea/células mães periféricas:  Sim  Não

Informação clínica adicional: \_\_\_\_\_

### Informação do médico solicitante

Nome completo: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Centro médico e endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Declaração de consentimento do médico

Certifico que estou registrado como clínico e que estou autorizado pela lei local a solicitar esse teste, tendo revisado recentemente a documentação atual referente a ele. Expliquei e obtive o consentimento do paciente e esse consentimento é consistente com os benefícios, os riscos e as limitações do teste e com o uso das informações do paciente estabelecidos no formulário de Consentimento para esse teste e as leis locais.

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Informação dos pacientes

Uma amostra dos pais biológicos pode ser solicitada para auxiliar na interpretação dos resultados do sequenciamento da criança. Se solicitado, identifique cada amostra com o nome completo e a data de nascimento do pai biológico e da mãe - não se identifique com o nome da criança.

Cada pai deve assinar o consentimento informado dos pais.

### Informação paterna

Gênero:  Homem  Mulher

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da coleta de amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de amostra:  Saliva  Sangue  DNA extraído \_\_\_\_\_ug/mL

Número da amostra: \_\_\_\_\_

### Informação materna

Gênero:  Homem  Mulher

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da coleta de amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de amostra:  Saliva  Sangue  DNA extraído \_\_\_\_\_ug/mL

Número da amostra: \_\_\_\_\_

### História médica neonatal

Houve algum resultado anormal no pré-natal durante a gravidez? (Marque todos que se aplicam)

- Ultrassonografia anormal  Análise AFP fetal  Teste pré-natal não invasivo (NIPT)  Nenhum
- Análise de cromossomos fetais  Microarray de cromossomos fetais  Não estou seguro
- Rastreamento em soro materno (rastreamento do 1º trimestre, AFP, rastreamento quádruplo, etc.)

### História médica familiar

Parentesco	Materno	Paterno	Patologia e diagnóstico	Idade do diagnóstico
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____