

# RQ 0518 - N-RAS E K-RAS FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Dados do paciente

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

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino Data Nasc.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Médico requisitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Hospital/Laboratório: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura:

## Dados do exame solicitado:

Data de coleta: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Material: \_\_\_\_\_

Responsável pela coleta: \_\_\_\_\_

## Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD): \_\_\_\_\_

Diagnóstico  Acompanhamento Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Recebeu quimioterapia?  Sim  Não

Histórico pessoal de câncer?  Sim  Não

Local do câncer: \_\_\_\_\_ Idade do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Histórico familiar de câncer?  Sim  Não

Parentesco: \_\_\_\_\_ Local do câncer: \_\_\_\_\_ Idade do diagnóstico: \_\_\_\_\_

## Exames solicitados

K-ras – Mutação

N-ras – Mutação

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

## Termo de consentimento

- Autorizo o DB a utilizar minhas informações Genéticas e Informações de Saúde Pessoal e familiar para pesquisas internas, validação interna, fins educacionais e desenvolvimento de produto. Reconheço que não será fornecida nenhuma forma de remuneração, mesmo se a análise dos meus genes gerar avanços na medicina, descobertas ou novos produtos.

- O DB irá doar minhas variantes desidentificadas a bancos de dados públicos, como o ClinVar do NCBI, nos quais informações genéticas anônimas podem ser acessadas por pesquisadores para elucidação da relação entre genética e doenças.

## Assinatura do paciente

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_