

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Informações gerais (Obrigatório)

Nome completo: _____

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): ____/____/____ Médico solicitante: _____

Ancestralidade:

☐ Européia Oriental/Norte Europeu ☐ Africana ☐ Asiática ☐ Ashkenazi ☐ Outra: _____
☐ Europa Central/Leste Europeu ☐ Americana Latina/Caribe ☐ indígena. Especificar: _____

Histórico Pessoal de Câncer

☐ Sem história pessoal de câncer

☐ Mama, invasivo. Idade ao diagnóstico: _____ ☐ Mama, in situ. Idade ao diagnóstico: _____

☐ Bilateral ☐ Pré-menopausal ☐ triplo-negativo ☐ Bilateral ☐ Pré-menopausal ☐ triplo-negativo

☐ Leucemia. Idade ao diagnóstico: _____ ☐ Ovário. Idade ao diagnóstico: _____ ☐ Pulmão. Idade ao diagnóstico: _____

☐ Intestino. Idade ao diagnóstico: _____ ☐ Próstata. Idade ao diagnóstico: _____

☐ Outro: _____ / Idade ao diagnóstico: _____ ☐ Pequenas células ☐ Tabagista

Histórico Familiar de câncer

☐ Sem história familiar de câncer

Parentesco	Materno	Paterno	Local do câncer	Idade ao diagnóstico
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____
_____	☐	☐	_____	_____

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento juntamente com o paciente e/ou responsável.

x _____
Médico solicitante com carimbo contendo o CRM

Data: ____/____/____