

COLE AQUI
ETIQUETA DB**RQ-0881 PAINÉIS DE IMUNODEFICIÊNCIA - QUESTIONÁRIO*****Todos os dados são imprescindíveis**

Este formulário deve ser completamente preenchido para evitar atrasos na liberação do exame.

Termo de consentimento

Eu entendo que uma amostra de meu sangue e saliva será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu compreendo que as amostras para diagnóstico serão utilizados com o propósito de determinar se eu sou portador de uma alteração genética, ou apresento risco aumentado para esta condição genética, Eu compreendo que: (1) A análise de DNA realizada é específica para a condição especificada (2). Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a utilidade do teste. Os testes não são considerados pesquisa, mas são considerados como o melhor e o mais novo serviço disponível. Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente ou que uma falha possa ocorrer.

A taxa de erro é muito baixa, algo em torno de 1 em 1.000 amostras . Minha assinatura abaixo reconhece minha participação voluntária neste teste, mas de nenhuma forma libera o laboratório e seus funcionários de sua responsabilidade ética em relação a mim. (3) Em alguns casos , pode ser necessário que o laboratório realize novas análises nas amostras de DNA utilizando métodos novos e aperfeiçoados . No entanto, eu entendo que o laboratório não é um serviço de estocagem de DNA e minha amostra de DNA pode não estar disponível para estudos clínicos futuros. (4) Esta amostra será utilizada somente para o teste solicitado. Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser tornadas anônimas (remoção de todos os identificadores) e usados como amostras-controle ou em pesquisa. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária.

Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

Nome do paciente: _____

Telefones para contato: Residencial () _____ Celular () _____

Assinatura do paciente ou responsável: Data: ____ / ____ / ____

Nome do exame solicitado: _____

Nome do médico solicitante: _____ CRM: _____

Telefones do médico para contato: () _____

E-mail: _____

Informações do paciente

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M Peso: ____ Altura: ____

Teste para: () Suspeita Diagnóstica - Descrever a(s) suspeita(s) diagnóstica(s), tentando ser o mais específico possível (evite "imunodeficiência" ou "baixa imunidade"): _____

() Detecção de portador - descrever o gene suspeito: _____

Qual a ancestralidade (p. ex.: afro-descendente, oriental, caucasiano, etc) do paciente? _____

Pais consanguíneos? () Sim Qual parentesco? _____ () Não

Descreva resumidamente os principais sintomas clínicos e doenças associadas: _____

Comprometimento neuro-psico-motor? () Sim () Não HIV:() Positivo () Negativo () Não-pesquisado

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

() Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco: _____ () Não

Histórico medicamentos:

Está em reposição de imunoglobulina intravenosa ou subcutânea? () Sim () Não

Está em uso de algum imunobiológico? () Sim. Qual? _____ () Não

Já usou anti-CD20 (rituximabe, Mabthera®, etc)? () Sim. Quando foi a última dose? _____ () Não

Descrever as medições em uso atualmente: _____

Histórico vacinal:

Já realizou uma ou mais das vacinas abaixo?

() BCG (Vacina para tuberculose) Apresentou BCGite (infecção causada pela vacina)? () Sim () Não

() Anti-tetânica (pode estar contida na vacina tríplice ou dupla bacteriana)

() Anti-pneumocócica (vacina contra pneumonia) Qual (10, 13 ou 23 sorotipos)? _____

() Vacina de vírus vivo (circular qual já usou): febre amarela, sarampo/rubéola/caxumba (separadas ou na forma de tríplice viral), poliomielite (em gotas ou Sabin), rotavírus, varicela ou herpes-zoster.

Complicação após alguma dessas vacinas? () Sim. Qual complicação? _____ () Não

Histórico infeccioso

() Nada de digno de nota ou nenhuma opção descrita a seguir

() Pneumonia Número de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Já necessitou de intubação ou antibiótico endovenoso para tratamento? () Sim () Não

Sequela pulmonar (p. ex.: bronquiectasias, GLILD, etc.)? () Sim, Qual? _____ () Não

() Abscessos recorrentes Número de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Abscessos profundos (pulmão, fígado, cérebro, etc)? () Sim - Qual órgão? _____ () Não

Meningite/encefalite Número de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Causado por herpes vírus? Sim Não

Amígdalas recorrentes Números de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Tuberculose/micobacterioses Números de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Local da infecção: _____ Refrataria ao tratamento? Sim Não

Infecção fúngica recorrente (p. ex.: candidíase, aspergilose, histoplasmoses, etc)

Qual(is) fungo(s)? _____

Número de episódios?: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Neurotoxoplasmose recorrente Pneumocistose pulmonar Criptococose Herpes-zoster

Giardíase intestinal recorrente Cryptosporidium Microsporidium Isospora

Diarreia persistente Número de episódios/dia: _____ Idade de início: _____

Sinusites recorrentes Número de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Já necessitou de intenção/cirurgia ou antibiótico endovenoso para tratamentos? Sim Não

Outras infecções: Número de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Outras infecções: Número de episódios: _____ Idade do primeiro episódio: _____

Histórico de autoimunidade:

Nada digno de nota ou nenhuma opção descrita a seguir

Diabetes Insulino dependente - Idade de início: _____ Hipogonadismo - Idade de início: _____

Insuficiência adrenal - Idade de início: _____ HiperPARAtireoidismo - Idade de início: _____

Tireoide de Hashimoto - Idade de início: _____ Doença de Gravis - Idade de início: _____

Lúpus - Idade de início: _____ Artrite reumatoide - Idade de início: _____

Doença de Behçet - Idade de início: _____ Síndrome de Sjögren - Idade de início: _____

Pneumopatia intersticial (fibrose pulmonar) - Idade de início: _____ Nefrite - Idade de início: _____

Plaquetas < 100.000 - Idade de início: _____ Anemia hemolítica - Idade de início: _____

Exames para a investigação do quadro atual disponível (favor anexar cópias dos laudos dos exames a seguir)

· IgG, IgM, IgA, subclasses de IgG (IgG1, IgG2, IgG3, IgG4)

· Sorologia para pneumococos, tétano ou rubéola **APÓS AS RESPECTIVAS VACINAS**

· DHR (diidrorodamina)

· Proliferação linfocitária (com mitógenos/ fitohemaglutina, CD3/CD28, toxoide tetânico, candidina, CMV)

· CD19, CD3, CD4, CD8, CD16/CD56 (célula NK)

· Imunofenotipagem de células B (perfil maturativo ou células B de memória)

· Imunofenotipagem de células, T, TRECs, KRECs

· **Qualquer teste genético/sequenciamento adicional realizado para essa investigação previamente**

Qualquer outro exame relacionado com a investigação atual que julgar importante