

Questionário da análise

Test Requisition Form

AUFRAT

ÁCIDO FÓLICO RECEPTORES
ANTICORPOS (FRAT)

* Campos obrigatórios / Required fields

INFORMAÇÃO DO MÉDICO-CENTRO SOLICITANTE / ORDERING PHYSICIAN-FACILITY INFORMATION

Médico solicitante / Physician name: *		Tipo de amostra / Specimen type: *	Data da coleta / Date Specimen Collected: *	Hora da coleta / Time Specimen Collected:
Centro-Hospital / Facility name: *		Telefone / Telephone: * N° de FAX / Secure Fax:		
Endereço / Street:		Email / Email: *		
Cidade / City: *	CEP / ZIP:	PAÍS / COUNTRY: *	CRM / National Provider Identifier (NIP): *	
Diagnóstico / Diagnosis*		Código(s) diagnósticos / Diagnosis Code(s):		

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO MÉDICO / PHYSICIAN CONSENT ACKNOWLEDGEMENT

Por meio da presente, declaro que o(a) paciente e/ou o responsável legal pelo(a) paciente a quem se refere esta solicitação foi informado(a) sobre os benefícios, implicações e limitações do exame a ser realizado. Certifico que respondi a todas as questões que me foram apresentadas e que o(a) paciente e/ou o responsável legal preencheu e assinou o respectivo TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, que será devidamente arquivado pelo profissional de saúde que subscreve este documento. Confirmando que a pessoa identificada como médico solicitante e que assina abaixo está legalmente autorizada a requisitar os exames aqui solicitados.

I hereby confirm that the patient specified below and/or their legal guardian has been informed about the benefits, implications, and limitations of the test to be performed. I certify that all the questions regarding the test have been responded and that the patient or legal guardian specified below has filled out and signed the appropriate INFORMED CONSENT, which will be duly guarded by the undersigned physician. have received. I confirm that the person listed as the ordering physician who has signed below is authorized by law to order the test requested herein.

Assinatura do médico / Physician Signature *

Data (MM/DD/AAAA) / Date (MM/DD/YYYY): * / /

INFORMAÇÃO DO PACIENTE / PATIENT INFORMATION

Nome paciente / Patient First Name: *	Sobrenome paciente / Patient Last Name:	Tutor (em caso de menores) / (if other than the patient): *	
Data de Nascimento / DOB: *	Homem / Male ☐ Mulher / Female ☐	Relação com o paciente / Relationship to Patient: *	
Endereço / Street:		Endereço / Street:	
Cidade / City: *	CEP / ZIP: *	Cidade / City: *	CEP / ZIP: *
Telefone / Telephone: *		Telefone / Telephone: *	

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE & AUTORIZACIONES / PATIENT CONSENT & AUTHORIZATIONS

Por meio do presente documento, autorizo a Iliad Neurosciences, situada em 5110 Campus Drive, Suite #150 | Plymouth Meeting, PA 19462 (EUA), a realizar o teste FRAT e a tratar os resultados, bem como o manejo médico apropriado, em conjunto com o meu especialista. Confirmando que me foi dada a oportunidade de fazer todas as perguntas que considere necessárias; recebi resposta a todas elas e me foi concedido tempo suficiente para refletir, com base nas informações recebidas, sobre a minha decisão de realizar este teste. Confirmando que estou enviando esta amostra biológica de forma voluntária e aceito que, com ela, será realizado exclusivamente o teste indicado neste formulário de solicitação. Compreendo que o meu médico determinou que este teste é apropriado para mim e autorizo a SYNLAB LABORATÓRIO DO BRASIL LTDA inscrita sob o CNES nº 7615922, com sede em Avenida República do Líbano, 2065, Ibirapuera, São Paulo, Brasil a enviar a minha amostra para seus próprios laboratórios ou para entidades colaboradoras, a fim de realizar o teste FRAT, bem como a remeter os resultados ao meu especialista. Ao assinar abaixo, aceito todos os termos acima descritos:

By means of this document I authorize Iliad Neurosciences located at 5110 Campus Drive, Suite #150 | Plymouth Meeting, PA 19462 (USA) to perform the FRAT test and discuss the results and appropriate medical management with my specialist. I acknowledge that I have been given the opportunity to ask any questions I may have; I have received answers to all my questions and I have been given enough time to reflect on the information and on my decision to accept this test. I agree that I am voluntarily submitting this biological sample for analysis and I accept that only the test indicated on this TRF will be performed. I confirm that my healthcare provider has determined that this test is appropriate for me and I authorize SYNLAB LABORATÓRIO DO BRASIL LTDA, provided with CNES number 7615922, and registered office at Avenida República do Líbano, 2065, Ibirapuera, São Paulo, Brasil to send my sample to their own laboratories or collaborating entities to perform the FRAT test, as well as for the results to be sent to my specialist. By signing below, I accept all the above statements:

Firma del paciente/tutor legal/ Patient or guardian signature: *

Data (MM/DD/AAAA) / Date (MM/DD/YYYY): * / /

De acordo com o GDPR (UE) 2016/679, LOPDGD 3/2018 e Lei Fundamental 41/2002 Regulamentando a Autonomia do paciente, informamos que você DEVE ASSINAR o documento CONSENTIMENTO INFORMADO "COLETA DE AMOSTRAS / ENTREGA DE RESULTADOS" no qual você especifica claramente quem é responsável pela proteção de seus dados, bem como o uso que deve ser feito deles e em quais são mencionados seus direitos.

Pursuant to GDPR (UE) 2016/679, the LOPDGD 3/2018 and Spain's Data Protection Act and the Patient Autonomy (Regulation) Act 41/2002, we notify you that you will have to SIGN the INFORMED CONSENT document "SAMPLE COLLECTION / DELIVERY OF RESULTS", in which the responsible of your data protection is clearly stated, as well as the use of your personal data, and in which your rights are specified.