

Nome do Paciente

Data de Nascimento

CPF

Telefones

Endereço

e-mail

Material Coletado

Nome da mãe:

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fator V de Leiden | <input type="checkbox"/> Síndrome Velo cardio facial |
| <input type="checkbox"/> Protrombina | <input type="checkbox"/> Microdeleções do cromossomo Y |
| <input type="checkbox"/> MTHFR (C677T) | <input type="checkbox"/> HLA B27 |
| <input type="checkbox"/> MTHFR (A1298C) | <input type="checkbox"/> Hemocromatose |
| <input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil | <input type="checkbox"/> Hemocromatose Plus |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Williams | <input type="checkbox"/> Sexagem Fetal |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Prader Willi/Angelman | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome (completo): _____

Especialidade: _____ CRM: _____ Tel.: (____) _____

e-mail _____

Código do exame: _____

Data do exame: ___/___/___

Provável entrega de resultado: ___/___/___

- Autorizo o uso da minha amostra biológica de forma anônima em publicações científicas e validações realizadas pelo laboratório. É importante ressaltar que a amostra é utilizada em caráter sigiloso, não sendo, em nenhum momento, revelada a identidade do paciente.
- Não autorizo a divulgação dos resultados em publicações científicas nem a utilização do material biológico.

Nenhuma informação pessoal é compartilhada, abrangendo dados para contato, informações e dados do paciente, em concordância com Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018.

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a coleta da minha amostra biológica para a realização do exame acima selecionado.

Assinatura: _____