

P e d i d o d e T e s t e G e n é t i c o

Este formulário após ser preenchido, deve ser enviado juntamente com a amostra devidamente identificada, e termos de responsabilidade e consentimento informado

Médico Responsável

Nome do Médico: _____ No Mecanográfico: _____

Serviço/Departamento: _____ Instituição: _____

Telefone: _____ Extensão: _____ Email: _____

Identificação do Doente

Nome completo: _____

Data Nascimento: ___/___/___ N° Processo local: _____

Morada (localidade): _____ Código postal: _____ - _____

Material Enviado

Biópsia de Glioma (Material de parafina Material fresco Material congelado)

Outra: _____

Informação Clínica

Diagnóstico Histológico (Classificação OMS): _____

Outros: _____

Informação adicional (Complete acima ou no verso informação clínica relevante)

Teste pedido

MLPA

(*Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification*)

Metilação do gene *MGMT*

(*methylguanine DNA methyltransferase*, região promotora)

Sequenciação directa | Gene *IDH1*
(*Isocitrato desidrogenase 1*, exão 4, codão 132)

Outro _____

Data: ___/___/___ Assinatura do médico: _____

A preencher pelo Laboratório

N° amostra _____ Data entrada: ___/___/___