



CENTER FOR NEUROSCIENCE AND CELL BIOLOGY
UNIVERSITY OF COIMBRA, PORTUGAL

Associação privada sem fins lucrativos
Reconhecida como pessoa colectiva de utilidade pública

LABORATÓRIO DE BIOQUÍMICA GENÉTICA

Responsável do laboratório: Prof. Doutora Manuela Grazina

Laboratório Certificado
Registo nº PT-2011/CEP 3971



Prazo de envio de relatórios: até 2 meses. Este é o prazo máximo, que pode ser encurtado, especialmente tendo em conta prazos de consulta ou casos urgentes.

Estudos de Farmacogenética, Farmacogenómica e Toxicogenómica

Determinação das variantes genéticas e previsão do perfil metabólico

ENTIDADE REQUISITANTE: _____ Serviço: _____ Médico: _____ Nº Mec.: _____

Morada para envio de relatório: _____

Contactos: Telefone _____ Fax _____ e-mail _____

Data de requisição: ____ - ____ - ____ (dia-mês-ano)

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:

Etnia: Caucasiana Africana Asiática Nativo Americana Cigana Outra _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ - ____ - ____ (dia-mês-ano) Sexo: F M Nº Processo: _____

ETIQUETA (OPCIONAL)

DATA DE PRÓXIMA CONSULTA: ____ - ____ - ____ (dia-mês-ano)

MEDICAÇÃO:

NÃO

SIM:

Opióides

Antiarrítmicos

Antidepressivos

Antipsicóticos

Bloqueadores Beta

Anti-agregantes plaquetares

Outros _____

QUAIS _____

OUTROS DADOS RELEVANTES: _____

AMOSTRAS E ANÁLISE SOLICITADA

Data de Colheita: _____ (dia-mês-ano) Hora de Colheita: _____ Data de envio: _____ (dia-mês-ano)

Tipo de amostra (p.e. sangue, saliva, tecido,...) _____ Quantidade _____

Confirmo que as instruções de colheita, acondicionamento e transporte foram cumpridas

Assinatura e nome de quem fez a colheita _____

Nota: O LABORATÓRIO NÃO GARANTE OS RESULTADOS EM AMOSTRAS QUE NÃO CUMPRAM OS REQUISITOS DEFINIDOS NAS INSTRUÇÕES. A COLHEITA É DA RESPONSABILIDADE DE QUEM A REALIZA.

As amostras (ver condições de armazenamento e envio, no Quadro I) podem ser entregues em mão (de preferência na sala 2.01 ou 2.02) ou enviadas, ATÉ ÀS 16 HORAS acompanhadas deste formulário e do termo de responsabilidade respectivo.

Determinação das variantes genéticas e previsão do perfil metabólico

gene *CYP2D6* (código 34276a – 7x Amplificação por PCR com deteção em tempo real, quantitativo (cada ensaio em triplicado))

Para a análise de outros genes (p.e. *CYP3A4*, *CYP2C9*, *CYP2C19*, etc.), contactar o Laboratório.

Consentimento informado:

Eu, declaro que autorizo a colheita de material biológico meu/de _____ [afiliação], _____ [nome], nascido/a a ___/___/_____, para a execução dos testes genéticos acima especificados, cujas finalidades e limitações me foram explicadas pelo médico acima referido. Autorizo que a minha amostra seja armazenada de forma a permitir a repetição de testes ou a realização de testes adicionais. Os dados sujeitos a sigilo médico só poderão ser revelado a outros com a minha permissão. Declaro ainda que a minha amostra poderá/ não poderá [risca o que não interessa] ser cedida ao LBG e ser utilizada para fins de investigação. Se durante a investigação for identificada alguma alteração que possa ter impacto na sua saúde, esta informação ser-lhe-á facultada seguindo as regras do aconselhamento genético.

Assinatura: _____

Quadro I - Instruções para colheita, acondicionamento e envio de amostras

Tipo de amostra	Quantidade (ml)	Transporte	Armazenamento
Sangue, colhido em EDTA.	10	Temperatura ambiente	Não aplicável. Enviar imediatamente após colheita Caso não seja possível o envio logo após a colheita, armazenar a 4°C até um máximo de 7 dias. Para outras opções, contactar o Laboratório
Para outros tipos de amostra, contactar o Laboratório			

REPRODUÇÃO PROIBIDA