

Não escreva nesta zona cinzenta. Apenas para uso interno da Juno Genetics	Número da Juno Genetics	Data de receção	Recebido por

** As secções assinaladas com (*) são de preenchimento obrigatório para solicitar o teste*

INFORMAÇÃO DO PACIENTE		INFORMAÇÃO DA CLÍNICA DE REFERÊNCIA	
Nome do paciente *		Médico de referência *	
NHC do paciente *		E-mail do médico	
Data Nascimento paciente *	dd / mm / aaaa	Clínica de referência *	
E-mail do paciente		E-mail para onde enviar os resultados *	

INDICAÇÕES DO TESTE *
<input type="checkbox"/> Idade materna avançada (> 35 anos) <input type="checkbox"/> Baixo risco / ansiedade materna <input type="checkbox"/> Exame de sangue alterado <input type="checkbox"/> Ecografia anormal
<input type="checkbox"/> Historial sugestivo de risco aumentado para as aneuploidias cromossómicas <input type="checkbox"/> Outros _____

INFORMAÇÃO CLÍNICA			
Idade gestacional *	_____ Semanas e _____ dias		
Método de cálculo da idade gestacional*	<input type="checkbox"/> Último período menstrual <input type="checkbox"/> Data de transferência/IA <input type="checkbox"/> Comprimento cefalo-caudal <input type="checkbox"/> Outro _____		
Tipo de gravidez	<input type="checkbox"/> Natural	<input type="checkbox"/> IVF	Data colheita de sangue *
	<input type="checkbox"/> Doação de oócitos	<input type="checkbox"/> IUI	Data nascimento da doadora
Peso da mãe (kg)		Altura da mãe (cm)	dd / mm / aaaa
Tipo de gestação *	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Gémeo evanescente		
Informação médica relevante (selecionar apenas se estiver presente)	<input type="checkbox"/> Transusão de sangue recente <input type="checkbox"/> Cancro <input type="checkbox"/> Imunoterapia ou terapia com células estaminais <input type="checkbox"/> Mosaicismo/ Chimera <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Outros _____		

TIPO DE TESTE SOLICITADO	
TESTE NEO24	Deteção de aneuploidia fetal para todos os cromossomas. Se for detetada aneuploidia em gravidezes gemelares, não é possível determinar qual dos fetos é afetado pela aneuploidia.
Deseja saber o sexo do feto? * <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p>* Se for detectada uma anomalia do cromossoma sexual numa gravidez única, o sexo deve ser comunicado, mesmo que seja selecionada a opção "Não". No caso de gravidezes gemelares, apenas é comunicada a presença do cromossoma Y. As anomalias dos cromossomas sexuais não são comunicadas em gestações gemelares.</p>	

SOLICITAÇÃO DE UM TESTE NEO POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTORIZADO *	
Certifico que estou legalmente autorizado a pedir testes ou a utilizar informações médicas e que os dados do paciente fornecidos neste formulário são exatos, tanto quanto é do meu conhecimento. Expliquei o teste e as suas limitações ao(s) paciente(s) e respondi da melhor forma possível a quaisquer perguntas relacionadas com o mesmo. Confirmando que o paciente preencheu e assinou o formulário de consentimento informado adequado para o teste NEO selecionado e que tenho uma cópia do mesmo. Concordo em fornecer qualquer informação adicional solicitada pela Juno Genetics, se necessário.	
Assinatura do profissional de saúde remetente *	Data * dd / mm / aaaa