



## QUESTIONÁRIO PARA EXAME GENÉTICO DETECÇÃO DA MUTAÇÃO V617F NO GENE JAK2

Caro cliente,

Você está recebendo um questionário que é muito importante para a análise de consistência do seu resultado. Por gentileza, preenchê-lo.

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

1- Motivo da solicitação do teste (marque somente uma das opções abaixo):

( ) Doenças Mieloproliferativas Crônicas (CMD), sem ser Leucemia Mielóide Crônica (LMC): Policitemia Vera (PV), Mielofibrose Idiopática Crônica (CIM), Trombocitemia essencial (ET)

( ) Leucemia Mielóide Crônica

( ) Leucemia Aguda

( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

2- Principais sintomas clínicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Está realizando algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, especifique qual medicação está sendo utilizada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- Indique outras informações que julgar necessárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME GENÉTICO  
DETECÇÃO DA MUTAÇÃO V617F NO GENE JAK2

Conforme preenchimento do questionário, autorizo a realização do Teste de Detecção da Mutação V617F no gene JAK2.

Nome Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: ( ) \_\_\_\_\_