

Nome do Paciente: _____

Nome do Médico: _____

CRM: _____ Contato do Médico: _____ Data da Coleta: ____/____/____

ATENÇÃO: As informações abaixo são imprescindíveis para a realização do exame e interpretação dos dados.

1 – Objetivo da realização do exame:

Diagnóstico molecular Acompanhamento Acompanhamento - Resistência ao Tratamento

2 – Caso o paciente possua diagnóstico prévio:

a) Tipo de Câncer

b) Laudo histopatológico

c) Após o diagnóstico, foram feitos exames moleculares? Se sim, quais mutações foram detectadas e em quais genes?

3 – Tratamento:

a) Qual a medicação atual do paciente? Quando foi iniciado este tratamento?

b) Houve uso de outra medicação para o tratamento? Em caso afirmativo, qual era esta medicação e qual foi o período de uso?

5 – O paciente possui resultados anteriores deste mesmo exame?

Sim. (Por favor, anexar os resultados a este questionário) Não

6 – Outras informações que julgar necessárias para a análise dos resultados:

Eu entendo que a amostra de DNA obtida será utilizada apenas para o teste solicitado e que esses resultados poderão ser utilizados em publicações científicas, mas que minha identidade será mantida em sigilo.

Sim Não