

Questionário de análise

* Campos obrigatórios

INFORMAÇÃO DO PACIENTE		
Nome: *	Sobrenome: *	
Gênero: * <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher	Data de nascimento: * (dia/mês/ano)	
RG: *	Telefone: *	Email: *
Endereço: *	Cidade: *	CEP: *
INFORMAÇÃO DA AMOSTRA		
Código da amostra: *	Hora da coleta	Idioma do laudo: *
Data da coleta: * (dia/mês/ano)	<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Português	
INFORMAÇÃO CLÍNICA		
Idade: *	Peso: *	Altura (cm): *
PATOLOGIAS (Pode selecionar mais de uma) *		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença celíaca	<input type="checkbox"/> Doença inflamatória intestinal
<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância à frutose	<input type="checkbox"/> Supercrescimento bacteriano no intestino delgado (SIBO)
<input type="checkbox"/> Esofagite eosinofílica	<input type="checkbox"/> Síndrome do intestino irritável	<input type="checkbox"/> Alergias conhecidas (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____		
MOTIVO PRINCIPAL DO ESTUDO *		
<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinais	<input type="checkbox"/> Problemas de pele	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Curiosidade	<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____

De acordo com o GDPR (UE) 2016/769, a LOPDGD 3/2018 e a Lei Básica 41/2002 Regulamentando a Autonomia do paciente, informamos que você deve ASSINAR o Termo de Consentimento Informado "COLETA DE AMOSTRAS / ENTREGA DE RESULTADOS", no qual é claramente especificado quem é o responsável pela proteção dos seus dados, bem como a utilização que será feita deles e aquele cujos direitos são mencionados.