

TERMO DE COLETA - PESQUISA DE MUTAÇÃO PARA TROMBOFILIA

Cole a etiqueta aqui

**PESQUISA DE MUTAÇÃO PARA TROMBOFILIA**

- O formulário a seguir informa as condições ideais de coleta para a realização do exame pesquisa de mutação para trombofilia e deverá ser assinado pelo paciente após a leitura e esclarecimentos.

**Informações do Paciente**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ N° de Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO (PRÉ-COLETA)**

1. Material coletado:  
 Sangue total com EDTA  Medula Óssea com EDTA
2. Algum histórico de trombose?  
 Sim. Se sim responda:
  - Quantas Vezes? \_\_\_\_\_
  - Qual (is) local(is)? \_\_\_\_\_
  - Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Não.
3. Faz atividade física?  
 Sim. Qual e a quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Não.
4. Possui alguma das doenças abaixo:  
 AVC.  Diabetes.  
 Arteriosclerose.  Outros. \_\_\_\_\_  
 Hipertensão.
5. Possui alguns dos sintomas /doenças abaixo:  
 Dor nas pernas.  Edema. Local: \_\_\_\_\_  
 Cianose MMII.  Fadiga. Local: \_\_\_\_\_  
 Endurecimento dos MMII.  Formigamento: Local: \_\_\_\_\_  
 Ardecia. Local: \_\_\_\_\_  Vermelhidão. Local: \_\_\_\_\_

Indicação clínica: \_\_\_\_\_

**Autorização para exame em menor de idade (preencher quando aplicável):**

Declaro que eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, nascido(a) no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sou responsável legal pelo(a) menor de idade \_\_\_\_\_ e autorizo o laboratório a realizar exames e análises clínicas, conforme necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

**Assinatura de consentimento e ciência dos critérios descritos acima:**

Eu \_\_\_\_\_, portador (a) do RG/CPF \_\_\_\_\_, li e compreendo e concordo que o descumprimento dos critérios acima pode acarretar em um resultado inconclusivo.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura