R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123

CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

QUESTIONÁRIO PARA EXAMES ONCOLÓGICOS

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