

TERMO DE CONSENTIMENTO 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: () _____