

QUESTIONÁRIO 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): Policetemia Vera (PV), Mielofibrose Idiopática Crônica (CIM), Trombocitemia essencial (ET)

Leucemia Mielóide Crônica (LMC)

Leucemia Aguda

Outros, Especifique:

2- Principais sintomas clínicos:

3- Está realizando algum tratamento?

NÃO

SIM, Especifique

4- Indique outras informações que julgar necessárias:

Nome:

Data:

Assinatura:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME GENÉTICO DETECÇÃO DA MUTAÇÃO V617F NO GENE JAK2

Nome do Responsável:

RG:

Telefone para contato:

Endereço:

Conforme preenchimento do questionário, autorizo a realização do teste de Detecção da Mutação V617F no gene JAK2.

Data:

Assinatura do Responsável

Assinatura da Testemunha