

Formulário de requisição de Exame de Neurologia GeneDx (Neurology test requisition)

Informações do Paciente (Patient Information)

Nome (First Name) _____ Sobrenome (Last Name) _____

Sexo (Gender): Feminino (Female) Masculino (Male)

RG : ____-____-____ CPF : ____-____-____

Cidade: _____

Endereço: Rua / Av: _____ N° ____ Compl: _____

Telefone: (____) ____-____

Data de nascimento (dd/mm/aa) (Date of birth - dd/mm/yy)

Ascendência Sul- Americana segundo IBGE (www.ibge.gov.br):
(The South American ancestry according to IBGE (www.ibge.gov.br) :

Branco (White) Indígena (Indian) Negro (African American)
 Amarela (Asian) Pardo (Pardo) Outra (Other)

Nome (Name) _____

E-mail _____

Informações sobre o Médico requisitante (Ordering Physician Information)

Nome (Name) _____

Número de Cadastro na testesgeneticos.com.br :
(Registration number in testesgeneticos.com.br)

Nº do CRM (NPI#) _____

Informações da Amostra (Sample information) Campo a ser preenchido pela Testes Genéticos

Número do Pedido: (Order number) _____

Identificação da Amostra: (Sample Identification) _____

Data de obtenção (dd/mm /aa): ____/____/____
(Date Sample Obtained (dd/mm/yy)

Tipo da amostra: (Sample type:)

Sangue em EDTA Tubo de 5-6 mL (Blood in EDTA Tube 5-6ml)

DNA (> 20 µg): Tecido de origem (Tissue source)

Concentração (concentration) (µg / ml)

Volume total de (Total volume of) (µl)

Outro (Other)

O paciente passou por transplante/transusão de medula óssea
(patient has had a bone marrow transplantation/transfusion)

Sim (Yes) Não(No) Data(date) ____/____/____

Pelo menos duas semanas antes da coleta de sangue para o teste
(must be at least two weeks prior to blood draw for testing).

Declaração de necessidade médica

Este teste é necessário para o diagnóstico ou detecção de uma doença, deficiência, sintoma, síndrome ou transtorno. Os resultados determinarão decisões médicas de gestão e tratamento do meu paciente. O médico solicitante está autorizado por lei a pedir o(s) teste(s).

Confirmo que forneci informações sobre os testes genéticos para o paciente e ele forneceu consentimento para a realização dos mesmos.

Assinatura do médico: _____

O consentimento do paciente:

Eu li o documento de consentimento informado e dou permissão para GeneDx para realizar testes genéticos como descrito.

Assinatura do paciente: _____

Data ____/____/____

Formulário de requisição de Exame de Neurologia GeneDx (Neurology test requisition)

Formulário de requisição de Exame de Neurologia

[ou Neurológico] GeneDx:

Fragile x syndrome

- 522 (FMR1 repeat analysis)

Whole Genome array

- 910 Whole-genome array CGH (GenomeDX) (CMA)
 905 Carrier testing for array CGH del/dup

Neurodevelopmental Disorders

- 730 Tuberous Sclerosis Panel (TSC1 and TSC2 seq & del/dup)
 691 Brain Malformations Comprehensive Panel (seq & del/dup of 44 genes)
 698 Cortical Brain Malformations Panel (seq & del/dup of 24 genes)
 700 Pontocerebellar Hypoplasia Panel (seq & del/dup of 7 genes)
 701 Joubert Syndrome and related disorders Panel (seq & del/dup of 13 genes)
 722 Rest of the Brain Malformations Panel (if subpanel negative)
 689 Microcephaly/ Overgrowth Syndromes Panel (seq & del/dup of 11 genes)
 699 Syndromic Macrocephaly/ Overgrowth Syndromes Panel (seq & del/dup of 11 genes)

Neurodevelopmental Disorders

- 523 Epilepsy Comprehensive Panel (seq & del/dup of 70 genes)
 541 Infantile Epilepsy Panel (seq & del/dup of 51 genes)
 542 Childhood-Onset Epilepsy Panel (seq & del/dup of 50 genes)
 544 Progressive Myoclonic Epilepsy Panel (seq & del/dup of 17 genes)
 729 Rett/Angelman Related Disorders Panel (seq & del/dup of 11 genes)
 545 Rest of the Comprehensive Epilepsy Panel (if subpanel negative)

Mitochondrial Disorders

- 615 Combined Mito Genome Plus Mito Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of mito genome and 139 nuclear genes)
 554 Full sequence analysis and deletion testing of the mitochondrial genome
 573 Comprehensive Mitochondrial Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 139 genes)
 575 Mitochondrial Encephalopathy/Leigh Syndrome Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 88 genes)
 576 Lactic Acidosis/Pyruvate Metabolism Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 85 genes)
 594 MtDNA Depletion/Multiple Deletions Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 16 genes)
 612 Complex I Deficiency Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 30 genes)
 613 Complex IV Deficiency Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 18 genes)
 614 CoEnzyme Q10 Deficiency Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 8 genes)
 577 Progressive External Ophthalmoplegia (PEO)/ Optic Atrophy Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 21 genes)
 578 Methylglutaconic Aciduria Nuclear Gene Panel (seq & del/dup of 10 genes)
 704 58 mtDNA point mutations plus large deletions panel
 444 Deletion/duplication analysis of mito genome
 906 Deletion/duplication analysis of a single nuclear gene: write in desired gene _____
 907 Deletion/duplication analysis of 2 nuclear genes: write in desired genes _____
 394 POLG gene sequencing

Testing for known familial mutation/variant in a nuclear gene

- 9011 Testing for ONE known familial mutation in a nuclear gene
 9012 Testing for TWO known familial mutations in a nuclear gene
 905 Testing for ONE known familial exon-level del/dup (nuclear gene)

Testing for known mtDNA mutation(s)

- 453 Testing for ONE to THREE mtDNA mutation(s) (with heteroplasmy level)
 9017 Testing for ONE mtDNA mutation (without heteroplasmy level)
 9020 Testing for TWO mtDNA mutations (without heteroplasmy level)

Gene(s): _____ Mutation(s): _____

Proband Name: _____

Proband GeneDx Acc#: _____ Relationship to proband: _____

Neuromuscular Disorders

- 737 Hereditary Neuropathy panel (seq & del/dup of 50 genes)
 Charcot-Marie-Tooth IA (CMT1A)/ Hereditary Neuropathy w/Liability to Pressure Palsy (HNPP)(PMP22del/dup)

Neurometabolic Disorders

- 665 Hyperammonemia, urea cycle and transporter defects Next-Gen seq panel (41 genes)
 684 Reflex del/dup panel for hyperammonemia, urea cycle & transporter defect panel
 667 Methylmalonic acidemia, disorders of cobalamin metabolism and related disorders Next-Gen seq panel (14 genes)
 685 Reflex del/dup panel for methylmalonic acidemia & related disorders panel
 664 Fatty acid oxidation disorders Next-Gen seq panel (15 genes)
 683 Reflex del/dup panel for fatty acid oxidation disorders panel
 334 Carnitine palmitoyltransferase type II (CPT2) Deficiency (CPT2 seq)
 274 Cobalamin C deficiency (MMACHC seq)
 527 Dopa-responsive dystonia (GCH1 seq & del/dup)
 359 Dopa-responsive dystonia/Infantile Parkinsonism/TH deficiency (TH seq)
 2321 Fabry disease (GLA seq)
 363 Familial Amyloid Polyneuropathy (TTR del)
 399 Glutaric Aciduria Type I (GCDH seq)
 507 Krabbe disease (GALC seq & del/dup)
 2432 Mucopolipidosis IV (MCOLN1 seq)
 607 Neuronal ceroid-lipofuscinosis 2 (CLN2) (TPP I seq)
 2631 Niemann-Pick A/B disease (SMPD1 seq)
 581 Niemann-Pick C disease (NPC1, NPC2 seq)
 313 Ornithine transcarbamylase deficiency (OTC seq)
 313E Ornithine transcarbamylase deficiency (OTC seq & del/dup in females)
 2502 Smith-Lemli-Opitz syndrome (DHCR7 seq)
 519 Tay-Sachs disease (HEXA seq)
 532 Trifunctional protein deficiency (HADHA, HADHB seq)
 270 VLCAD deficiency (ACADVL seq)

Other Neurogenetic Disorders

- 547 Aicardi-Goutieres syndrome (TREX1, RNASEH2A, RNASEH2B, RNASEH2C seq)
 218 Alexander disease (GFAP seq)
 219 Allgrove (Triple-A) syndrome (AAAS seq)
 375 Angelman-like syndrome/Christianson syndrome (SLC9A6 seq)
 546 Angelman syndrome (UBE3A seq & del/dup)
 566 Angelman syndrome methylthion-MLPA (UPD, deletion)
 548 Atypical Rett syndrome/infantile spasms/ West syndrome (CDKLS seq del & dup)
 526 Cerebral cavernous malformations (KRIT1, CCM2, PDCD10 seq & del/dup)
 550 Coffin-Lowry syndrome (RPS6KA3 seq & del/dup)
 227 Cohen syndrome (VPS13B seq)
 239 Congenital insensitivity to pain and anhidrosis (NTRK1 seq)
 584 Cornelia de Lange syndrome (NIPBL, SMCIA seq & del/dup)
 650 Erythromelalgia small fiber neuropathy (SCN9A seq)
 205 Gorlin syndrome (PTCH1 seq & del/dup)
 238 Hereditary inclusion body myopathy (Targeted testing for M712T mutation in GNE)
 2371 Holoprosencephaly (SHH, ZIC2, SIX3, TGIF seq & del/dup)
 553 Incontinentia pigmenti (IKBK G [NEMO] common deletion assay and seq; for females only)
 583 Kabuki syndrome (MLL2 seq)
 673 KBG syndrome (ANKRD11 gene seq)
 551 Nemaline myopathy (ACTA1 seq and Ashkenazi Jewish founder mutation in NEB gene)
 Paroxysmal Kinesigenic dyskinesia with infantile convulsions (PRRT2 seq)
 595 Prader-Willi syndrome methylation-MLPA (UPD, deletion)
 195 PTEN-related disorders (PTEN seq & del/dup)
 549 Rett syndrome /Atypical Rett syndrome (MECP2 seq & del/dup)
 2923 Rubinstein-Taybi syndrome (CREBBP seq & del/dup)
 474 Septo-optic dysplasia (HESX1 seq)
 415 Simpson-Golabi-Behmel syndrome (GPC3 seq in males)
 415E Simpson-Golabi-Behmel syndrome (GPC3 seq & del/dup in females)
 2511 Smith-Magenis syndrome (RAI1 seq & intragenic del/dup)
 406 Sotos Syndrome (NSD1 seq & del/dup)
 342 Spinal muscular atrophy with respiratory distress type 1 (IGHMBP2 seq)
 552 X-linked hydrocephalus/X-linked spastic paraplegia/MASA/CRASH syndrome (L1CAM seq & del/dup)

Formulário de requisição de Exame de Neurologia GeneDx (Neurology test requisition)

Clinical Diagnosis: _____ ICD-9 Codes: _____ Age at Initial Presentation: _____

Perinatal history

- Cystic hygroma/increased NT
- IUGR
- Oligohydramnios
- Polyhydramnios
- Prematurity

Growth

- Failure to thrive
- Growth retardation/short stature
- Microcephaly Head circumference: _____
- Overgrowth
- Macrocephaly

Physical/Cognitive Development

- Developmental regression
- Fine motor delay
- Gross motor delay
- Intellectual disability/MR
IQ: _____
- Learning disability
- Speech delay

Behavioral

- Autism spectrum disorder
- Autistic features
- Behavioral/Psychiatric abnormalities
- Obsessive-compulsive disorder
- Stereotypic behaviors

Craniofacial/Ophthalmologic/Auditory

- Abnormal hair
- Blindness
- Cataracts
- Cleft lip/palate
- Coloboma of eye
- CPEO (Ophthalmoplegia)
- External ear malformation
- Facial dysmorphism - please describe:

- Optic atrophy
- Ototoxicity (aminoglycoside-induced)
- Ptosis
- Retinitis pigmentosa
- Sensorineural hearing loss
- Speech articulation difficulties
- Visual impairment

Cardiac/Congenital Heart Malformations

- Arrhythmia/conduction defect
- ASD
- Cardiomyopathy
- Coarctation of aorta
- Hypoplastic left heart
- Tetralogy of Fallot
- VSD

Gastrointestinal

- Chronic diarrhea
- Constipation
- Delayed gastric emptying
- Gastrointestinal reflux
- Gastroschisis/omphalocele
- Hepatic failure
- Nausea
- Pyloric stenosis
- Recurrent vomiting
- Tracheoesophageal fistula

Seizures/Epilepsy

- Epileptic encephalopathy
- Febrile seizures
 - Dravet syndrome
- Focal seizures
- Generalized seizures
 - Absence Clonic
 - Myoclonic Tonic-clonic
- Infantile/epileptic spasms
 - Ohtahara syndrome West syndrome
- Status epilepticus

Brain Malformations/Abnormal Imaging

- Abnormalities of basal ganglia
- Agenesis of the corpus callosum
- Brain atrophy
- Cortical dysplasia
- Hemimegalencephaly
- Holoprosencephaly
- Hydrocephalus
- Lissencephaly
- Molar tooth sign
- Periventricular leukomalacia
- Periventricular nodular heterotopia
- Polymicrogyria
- Pontocerebellar hypoplasia
- Subcortical band heterotopia
- Tumor (type: _____)

Muscular

- Abnormal electromyography (EMG)
- Dysphagia
- Easy fatigue
- Exercise intolerance
- Hypertonia
- Hypotonia
- Joint hyperflexibility
- Joint hypermobility
- Muscle fasciculations
- Muscle wasting
- Muscle weakness
- Myotonia

Neurological

- Abnormal nerve conduction velocity (NCV)
- Ataxia
- Chorea
- Distal motor neuropathy
- Dystonia
- Foot drop
- Hypomyelination
- Pes cavus
- Congenital Neuropathy
- Pressure palsy
- Recurrent headache/migraine
- Reduced/absent deep tendon reflexes
- Sensory Neuropathy
 - Hyperesthesia Paresthesia
- Sleep apnea
- Spasticity
- Stroke/stroke-like episodes
- Tremor
- Vocal cord paresis

Autonomic

- Abnormal sweating
- Abnormal temperature regulation

Endocrine

- Diabetes mellitus: Type I Type II
- Gynecomastia

- Hypoparathyroidism
- Hypothyroidism
- Pheochromocytoma/paraganglioma

Skeletal/Limb Abnormalities

- Club foot
- Contractures
- Hammer toe
- Hip dysplasia
- Osteomyelitis/necrosis
- Polydactyly
- Scoliosis
- Syndactyly
- Vertebral anomaly

Genitourinary Abnormalities

- Ambiguous genitalia
- Hydronephrosis
- Hypospadias
- Kidney malformation
- Renal tubulopathy
- Undescended testis

Metabolic

- CPK abnormalities (value: _____)
- Elevated alanine
- Elevated pyruvate
- Hyperammonemia
- Hypoglycemia
- Ketosis
- Lactic acidemia/high CSF lactate
- Low plasma carnitine
- Organic aciduria

Biopsy Abnormalities

- Muscle biopsy
 - COX deficiency
 - Histology: _____
 - Large mitochondria (mt)/mt proliferation
 - Positive newborn screen: _____
 - Ragged red fibers
 - Respiratory enzymes: _____
 - Ultrastructure (EM): _____
- Nerve biopsy
 - Histology: _____
 - Ultrastructure (EM): _____

Other testing (summarize or attach reports):

- Anemia/neutropenia/pancytopenia
- Array CGH: _____
- Chromosomes/FISH: _____
- Fragile X syndrome: _____
- Other relevant results (clinical or research):

Family History:

Family member(s) affected Yes No
Relationship to proband: _____

Draw or attach pedigree (Clinical information and family history is crucial for accurate interpretation of results). _____

Formulário de requisição de Exame de Neurologia GeneDx (Neurology test requisition)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Testes de Neurologia

A minha assinatura neste termo de consentimento indica que eu solicito testes genéticos da GeneDx para:
Eu compreendo que a participação em testes genéticos é voluntária.

Informações gerais sobre os testes genéticos:

Distúrbios genéticos podem ser causados por mutações (alterações) na sequência do DNA de um gene. Doenças genéticas também podem ocorrer devido a uma deleção (perda) ou duplicação (ganho) do material genético. A deleção ou a duplicação podem incluir parte de um gene, um gene inteiro, ou múltiplos genes.

O objetivo do teste genético é avaliar as alterações na sequência de DNA de um gene e, quando clinicamente indicado, rastrear deleções ou duplicações de gene(s). Este teste pode auxiliar a determinar se sou afetado ou se corro o risco de um dia desenvolver uma das formas de câncer hereditário.

Os genes incluídos neste teste estão associados com vários diferentes tipos de câncer e com diferentes níveis de risco de câncer.

Este teste não é capaz de identificar todos os tipos de mutações, deleções ou duplicações causadoras de cânceres hereditários ou outras doenças genéticas. Este teste não é capaz de identificar quaisquer alterações genéticas envolvendo genes não incluídos no teste(s) específico solicitado pelo meu médico. Informações sobre tipos de cânceres hereditários específicos que podem ser identificadas através de teste(s) estão disponíveis através do meu médico e podem ser encontrados no site da GeneDx: www.oncogenedx.com. Em casos raros, o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) e a Hibridização Genômica Comparativa (aCGH) poderá identificar uma variante genética clinicamente significativa em um gene relacionado ao câncer não incluso no painel solicitado. Esses achados podem ser verbalmente divulgados ao profissional da saúde solicitante caso a caso.

Eu compreendo que este teste não é a única maneira de se rastrear anormalidades genéticas. Meu médico pode recomendar este teste antes ou após a solicitação de outros testes genéticos ou de laboratório.

Este teste requer DNA de alta qualidade. Em alguns casos, uma amostra adicional pode ser necessária se o volume, qualidade e/ou condição da amostra inicial não for suficiente.

Em casos raros, o teste pode revelar informações sobre o gênero genético ou mudanças genéticas de importância clínica em genes não inclusos no ensaio, os quais serão descritos ao profissional da saúde solicitante.

O que eu posso descobrir com este teste genético?

Eu posso descobrir que nenhuma anormalidade genética foi identificada por este teste. Isso reduz a probabilidade, mas não exclui uma forma hereditária de câncer.

Eu posso descobrir que a anomalia genética identificada explica tanto a causa do câncer que possuo como o risco que eu tenho de desenvolver câncer no futuro. O(s) tipo(s) de câncer(es) para o qual possuo risco depende do gene envolvido. Estes resultados podem ajudar na tomada de decisões por parte do meu médico a respeito do meu tratamento médico, incluso, mas não limitado à triagem de câncer, cirurgias e estratégias de medicação preventiva para redução de risco.

3. Variante de significado incerto (VUS) - Eu posso descobrir que uma VUS foi identificada por este teste. Isto significa que uma alteração genética (variante) foi identificada, porém não se sabe se a variante pode ou não causar câncer. Pode tratar-se de uma variação genética normal, a qual não causa problemas de saúde, ou então de uma anormalidade cancerígena. Sem informações adicionais, os efeitos da variante podem permanecer desconhecidos e um resultado inconclusivo pode ser relatado. Testes de outros membros da família afetados podem ser necessários para se determinar a significância da variante. O laboratório fornecerá informações adicionais para o profissional de saúde que está solicitando este teste, para esclarecer se a variante em questão é benigna ou causadora de risco.

Quais são as limitações e os riscos deste teste genético?

Em alguns casos, o teste pode não identificar uma anormalidade genética, embora a anormalidade possa existir. Isto pode ocorrer devido a limitações no conhecimento atual sobre a estrutura completa de um gene. Alternativamente, pode ocorrer devido ao fato de que alguns tipos de anormalidades genéticas causadoras de um determinado tipo de câncer hereditário ainda não foram identificados.

Eu compreendo que os métodos utilizados pela GeneDx são altamente precisos. No entanto, a possibilidade de um resultado falso negativo ou falso positivo, devido a erros de laboratório incorridos durante qualquer fase de testes, ou devido a circunstâncias incomuns [transplante de medula óssea, transfusão de sangue, presença de alteração(ões) em uma pequena fração de células que não pôde ser detectável (mosaicismo) ou relatórios de histórico familiar ou de relações incorretos], não pode ser completamente excluída.

A interpretação precisa dos resultados do teste exige o conhecimento das verdadeiras relações biológicas em uma família. A falta de precisão ou a não divulgação das relações biológicas em uma família pode resultar na má interpretação de resultados e/ou em resultados de exames inconclusivos.

Formulário de requisição de Exame de Neurologia GeneDx (Neurology test requisition)

O teste genético pode revelar que as verdadeiras relações biológicas em uma família não foram relatadas em conformidade. Por exemplo, a não paternidade significa que o pai indicado de um indivíduo não é o verdadeiro pai biológico. É possível que este teste possa detectar a não paternidade, sendo necessário denunciar este achado para o indivíduo que solicitou o teste.

O risco físico associado a este teste genético é o da retirada do sangue requerido, a fim de obter o DNA. Apesar de o risco associado ser baixo, algumas pessoas podem experimentar efeitos colaterais como dor, hematomas, tonturas ou desmaios.

Informações específicas sobre a matriz CGH e análise de SNPs para determinar número de cópias e dissomia uniparental (UPD) ao nível do genoma.

Esta análise pode detectar deleções ou duplicações de material genômico, que variam entre 15 Kb de comprimento até um cromossomo inteiro. Em certas regiões, as análises podem detectar duplicações ou deleções tão curtas quanto de 0,5 Kb.

Esta análise pode também detectar homozigose para marcadores genéticos (SNPs) em todo o genoma. Este achado será relatado somente se regiões de homozigose excederem 10 Mb em tamanho e, coletivamente, excederem 4% de todo o genoma, o que pode indicar dissomia uniparental (UPD) ou identidade por descendência (também chamada IBD ou consanguinidade).

A matriz CGH não é capaz de detectar todas as anomalias cromossômicas. Translocações cromossômicas equilibradas ou inversões cromossômicas em que a quantidade de material genético permanece inalterada não serão identificadas. A matriz CGH também não pode detectar alterações genômicas em regiões que não estão representadas no microarray ou que estão presentes somente em uma porcentagem de células (de baixo nível mosaïcismo <20%). Alterações muito pequenas, além da resolução da matriz, também podem passar despercebidas.

A GeneDx faz parte do consórcio Padrão Internacional de Matriz Citogenética (ISCA). Dados anônimos de matriz CGH e informações clínicas podem ser submetidos a um banco de dados público HIPAA-complacente não identificado, como parte dos esforços do Instituto Nacional da Saúde para melhorar os testes de diagnóstico e melhorar a nossa compreensão das relações entre as alterações genéticas e sintomas clínicos (visite o site do consórcio em <https://iscaconsortium.org>). A confidencialidade de cada amostra é mantida. Se você não deseja ter informação genômica derivada de sua amostra de sangue/ DNA submetida a um banco de dados, embora anonimamente, favor assinalar a caixa abaixo.

Recusa de inclusão.

(Se a caixa não estiver marcada, o consentimento está implícito).

Confidencialidade do paciente e aconselhamento

Para manter a confidencialidade, eu entendo que os resultados serão comunicados ao profissional da saúde solicitante indicado e copiado a profissionais da saúde adicionais mediante solicitação, indicada no formulário de requisição de teste.

Eu compreendo que os resultados podem ser divulgados a outros somente perante meu consentimento por escrito e/ou se exigido por uma ordem judicial proveniente de um órgão jurisdicional competente.

A informação obtida a partir do teste pode ser utilizada em publicações científicas ou apresentações, porém a identidade dos indivíduos estudados não será revelada em tais publicações ou apresentações.

Recomenda-se que eu receba aconselhamento genético antes e depois de realizar este teste. Testes complementares ou consultas com os médicos podem ser necessários.

Retenção de amostra

As amostras submetidas não serão guardadas pela GeneDx. As amostras de DNA não retornarão para os pacientes ou para os médicos solicitantes.

Em alguns casos, se testes de diagnóstico adicionais forem necessários, um médico de referência pode solicitar, por escrito, que testes adicionais sejam realizados em uma amostra DNA já existente (mediante custos adicionais). Testes adicionais não serão realizados a menos que solicitado por um profissional de saúde autorizado.

Em alguns casos, o DNA, após ter sido tornado anônimo, pode ser utilizado pelo laboratório para novo teste de desenvolvimento e/ou fins de garantia de qualidade laboratorial após todos os identificadores terem sido removidos. _____ (Por favor, inclua suas iniciais).

Compreendo que o(s) relatório(s) de resultado(s) dos testes genéticos aqui solicitados são de inteira responsabilidade da empresa GeneDx.

Formulário de requisição de Exame de Neurologia GeneDx (Neurology test requisition)

A minha assinatura neste formulário de consentimento indica que eu solicito testes genéticos da GeneDx para: (My signature on this consent form indicates that I request genetic testing of GeneDx for)

Eu compreendo que a participação em testes genéticos é voluntária.

Nome do paciente (Letra de forma): _____

Data de Nascimento (dd/mm/aa) ____/____/____

Assinatura do Paciente: _____ Data: ____/____/____

Opções de pagamento: (Payment options:)

- Realizei o pagamento da taxa de coordenação Valor: _____
- Realizei o pagamento da taxa de transporte Valor: _____
- Realizei o pagamento do paypal da GeneDx Valor (Amount): _____
(I performed the payment of paypal GeneDx)

Cartão de crédito utilizado para o pagamento das taxas (Credit card charged the full amount for PAYPAL PAYMENT)

MasterCard Visa Outro: _____

Nome da forma que está escrita no cartão (Name as it appears on card):

Data de expiração (Expiration date): ____/____

O recibo da GeneDx deve ser enviado para: (GeneDx invoice must be sent to):

Nome (Name): _____

E-mail: _____

Assinatura (Signature): _____ Data (Date): ____/____/____