

DADOS DO PACIENTE

Pode ser preenchido pelo paciente | Campos de preenchimento obrigatório*

Nome completo*

CPF*

Sexo Biológico

M F

Data de Nascimento

(DDD) Celular*

E-mail(s) para envio do laudo e avisos*

 / /
 ()

SELECIONE O EXAME DESEJADO

Deve ser preenchido pelo médico solicitante | Campo de preenchimento obrigatório.



CLASSIFICADOR MOLECULAR PARA NÓDULO INDETERMINADO

Indicação Principal: Bethesda III ou IV

Visa auxiliar a decisão médica entre o acompanhamento clínico sem cirurgia ou a indicação e o planejamento da extensão cirúrgica.

▶ Marcadores Diagnósticos:

- ▶ Painel de microRNAs ("benigno" vs "maligno")

▶ Marcadores Prognósticos:

- ▶ BRAF V600E ▶ TERT C228/250T ▶ miR-375 (Medular) ▶ miR-146b

Materiais aceitos para a análise:

- PAAF (esfregaço)
- Cell-block, Core Biopsy/TruCut e AP pós-cirúrgico **NÃO** são aceitos para este exame



PAINEL MOLECULAR PROGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Indicação Principal: Bethesda V ou VI

Visa auxiliar a decisão médica no planejamento da extensão cirúrgica através da análise de marcadores prognósticos que indicam o potencial de agressividade do nódulo.

Pode ser realizado em material pós-cirúrgico.

▶ Marcadores Prognósticos:

- ▶ BRAF V600E ▶ TERT C228/250T ▶ miR-375 (Medular) ▶ miR-146b

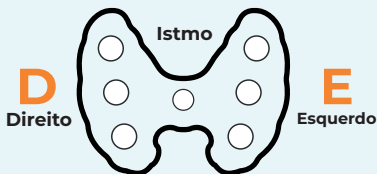
Materiais aceitos para a análise:

- PAAF (esfregaço)
- Core Biopsy/TruCut
- Cell-Block
- AP pós-cirúrgico

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA AMOSTRA A SER ANALISADA

Deve ser preenchido pelo médico solicitante.

Marque a localização do nódulo-alvo do exame*



LINFONODO CERVICAL
Localização _____

*Preencha **uma única** solicitação por nódulo

Data do laudo da amostra*

 / /

Laboratório, Clínica ou Hospital onde retirar o material biológico*

Paciente possui mais de 1 nódulo puncionado?*

- Não Sim (Especifique o código - **como no laudo** - do nódulo a ser analisado): _____

Qual categoria Bethesda do nódulo analisado?

- Bethesda 3 Bethesda 5
 Bethesda 4 Bethesda 6

Tamanho do nódulo-alvo (cm): _____

Categoria do US (ACR TI-RADS): _____

Alguma observação? _____

ATENÇÃO: Caso o paciente tenha mais de um nódulo (ou mais de uma PAAF do mesmo nódulo) especifique acima a data e o mesmo ID/código/nº utilizado no laudo para identificar o nódulo que deve ser analisado.

MÉDICO SOLICITANTE

Deve ser preenchido pelo médico solicitante | Campos de preenchimento obrigatório*

Nome completo*

CRM/Estado*

Endereço profissional*

CEP*

Cidade*

Estado* (DDD) Celular*

 ()

E-mail(s) do médico para envio do laudo*

Especialidade*

- Endocrinologia Cirurgia de Cabeça e Pescoço Ginecologia
 (Cito)Patologia Cirurgia Geral / Oncológica Oncologia
 Radiologia Outra (Especifique): _____

Assinatura e carimbo com CRM

- Solicito o exame molecular acima selecionado para o paciente acima especificado

