

Formulário de Pedido Médico

Onkos Diagnósticos Moleculares Ltda

www.onkos.com.br • onkos@onkos.com.br
(16) 9.9700-4265 • CNPJ 22.203.791/0001-90

DADOS DO PACIENTE

Pode ser preenchido pelo paciente | Campos de preenchimento obrigatório*

Nome completo*		CPF*
Data de Nascimento*		CEP*
Endereço*		Estado*
Bairro	Cidade*	
(DDD) Telefone*	(DDD) Celular	E-mail*

SELECIONE O EXAME DESEJADO

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



CLASSIFICADOR MOLECULAR PARA NÓDULO INDETERMINADO

Indicação: Nódulos Bethesda III, IV ou V, visando auxiliar a decisão médica entre o acompanhamento ativo ou a indicação cirúrgica.**Utilidade clínica:** Diagnóstica e Prognóstica**Marcadores:**

- Painel de microRNAs (classificador)
- miR-146b (expressão)
- Carcinoma Medular (investigação)
- BRAF V600E (mutação)
- TERT C228T (mutação)
- TERT C250T (mutação)



PAINEL MOLECULAR PRÉ-OPERATÓRIO

Indicação: Nódulos Bethesda V ou VI, visando auxiliar na decisão médica de extensão e urgência cirúrgica ou suporte à vigilância ativa de microcarcinomas.**Utilidade clínica:** Prognóstica**Marcadores:**

- miR-146b (expressão)
- Carcinoma Medular (investigação)
- BRAF V600E (mutação)
- TERT C228T (mutação)
- TERT C250T (mutação)

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

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

Marque a localização do nódulo*	Data da coleta da PAAF*	Laboratório, Hospital ou Clínica onde foi realizada a análise citológica da PAAF*
<p>*Preencha uma única solicitação por nódulo (caso queira investigar mais que um nódulo do mesmo paciente)</p>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Paciente possui PAAF de mais de 1 nódulo?*	
	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM (Especifique o ID/código/n° do nódulo que deve ser analisado): _____	
	Marque o diagnóstico da citologia da PAAF (Categoria de Bethesda) do nódulo a ser analisado*:	
	<input type="radio"/> Bethesda III <input type="radio"/> Bethesda V Tamanho do nódulo (cm) _____ <input type="radio"/> Bethesda IV <input type="radio"/> Bethesda VI Categoria do US (TI-RADS) _____	
	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/n° 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 do CRM*
Endereço Profissional*	CEP*	Cidade*
Especialidade*	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> ASSINATURA E CARIMBO COM CRM <input checked="" type="checkbox"/> Solicito o exame molecular acima selecionado para o paciente acima especificado </div>	
(DDD) Celular*	E-mail para envio do laudo final*	

Atendimento ao Paciente: (16) 9.9700-4265

Assessoria ao Médico: (16) 9.9159-3786