

Questionário

Pesquisa de mutações no proto-oncogene *RET* germinativo, MEN2A | **mir-THYpe RET-hereditary**

Paciente - Nome completo

Telefone de contato

Data de Nascimento

Sexo Biológico

M

F

Médico solicitante

Ficha laboratório (para uso interno apenas, não preencha):

Caro(a) Paciente,

Para uma melhor interpretação dos resultados pedimos que este questionário seja **preenchido preferencialmente em conjunto com seu médico**. Antes que prossiga com o preenchimento deste, gostaríamos de convidá-lo(a) a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém informações sobre o objetivo deste exame.

Antes ou após o resultado do teste, você poderá entrar em contato com nossa equipe para obter maiores informações.

Tente responder com o máximo de informações que tiver, mas caso você ou seu médico não saibam a resposta de alguma pergunta, assinale por gentileza a opção **“não sei”**.

Perguntas

1. Quais sintomas ou problemas clínicos levaram ao diagnóstico de Carcinoma Medular de Tireoide?

- Nódulo na Tireoide? Sim Não Não sei
- “Caroço” no pescoço (gânglio cervical)? Sim Não Não sei
- Algum tumor em outros órgãos, como fígado, ossos, pulmão e outros? Sim Não Não sei
- Diarreia? Sim Não Não sei
- Algum outro sintoma? _____

2. Qual a data do seu diagnóstico de Carcinoma Medular de Tireoide?

- Data: ____/____/____ Não sei
- Assinale qual exame apontou ou sugeriu o seu diagnóstico de Carcinoma Medular de Tireoide? (pode assinalar mais de uma opção)
 - Exame de sangue da Calcitonina alterado (elevada)
 - Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) / Citologia
 - Teste Molecular (mir-THYpe full, mir-THYpe pre-op ou ThyroSeq)
 - Diagnóstico após a cirurgia (anatomopatológico)
 - Não sei

3. Se você já fez a Cirurgia da Tireoide, qual o tipo de cirurgia foi realizada?

- Não realizei cirurgia da tireoide ainda
- Caso tenha realizado, qual foi a data da cirurgia: _____
 - Cirurgia total (toda a glândula retirada)
 - Cirurgia parcial (metade/parte da glândula retirada)
 - Não sei
 - Realizou também esvaziamento de gânglios do pescoço (esvaziamento cervical)?
 - Sim Não Não sei

4. **Patologia do Tumor.** Para responder a esta questão, consulte o laudo da sua cirurgia (laudo anatomopatológico). Se possível, envie junto uma cópia deste documento.

- Qual o tamanho do tumor primário da tireoide? _____ Não sei
- O tumor é unifocal (somente um foco de tumor na Tireoide) Sim Não Não sei
- O tumor é multifocal (mais de um foco de tumor na Tireoide) Sim Não Não sei
- O laudo descreve a “presença de hiperplasia de células C”? Sim Não Não sei
- O tumor foi encontrado também nos gânglios (linfonodos) do pescoço? Sim Não Não sei

5. Foi detectado Carcinoma Medular em outras áreas do seu corpo?

Sim Não Não sei

6. Se você respondeu “Sim” na pergunta anterior (5), em quais locais do corpo a doença foi detectada?

Fígado Pulmão Ossos Outro (especifique) _____ Não sei

7. Você tem ou teve tumor na glândula Supra-Renal (Feocromocitoma)?

Sim Não Não sei

- Se sim, o tumor é/foi: Unilateral Bilateral Não sei
- Se sim, realizou a cirurgia de retirada da glândula Supra-Renal? Sim Não Não sei

8. Você tem ou teve hiperparatireoidismo (disfunção das paratireoides)?

Sim Não Não sei

- Se sim, realizou a cirurgia de retirada das paratireoides? Sim Não Não sei

9. Existe alguém em sua família com algum dos problemas abaixo? Em caso positivo, indique quem (pai, mãe, irmãos, avós, filho(a), tio(a), primo(a), etc).

- Câncer de Tireoide? Sim. Quem? _____ Não Não sei
- Feocromocitoma (tumor da supra-renal)? Sim. Quem? _____ Não Não sei
- Hiperparatireoidismo (disfunção das paratireoides)? Sim. Quem? _____ Não Não sei
- Cálcio elevado no sangue? Sim. Quem? _____ Não Não sei
- Morte súbita? Sim. Quem? _____ Não Não sei

