

Formulário de Pedido Médico

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 até 1 ano de coleta

AP pós-cirúrgico **NÃO** é aceito para este exame



PAINEL MOLECULAR PROGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Indicação Principal: Bethesda V ou VI

Visa avaliar o potencial de agressividade do nódulo estudado através de marcadores moleculares de importância prognóstica, para suporte a decisões como o planejamento da extensão cirúrgica, a intensidade de acompanhamento, o estadiamento pré ou pós cirúrgico. 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

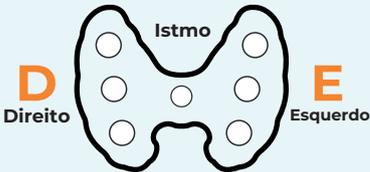
Cell-Block

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/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*

Endereço profissional*

CEP*

Cidade*

Estado* (DDD) Celular*

E-mail(s) do médico para acesso ao portal de retirada 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

