

Informações Gerais (obrigatório)

| | |
|--|--|
| Nome Completo | |
| Data de Nascimento (DD/MM/AAAA) | Médico Solicitante |
| Ancestralidade | |
| <input type="checkbox"/> Européia Oriental/Norte Europeu | <input type="checkbox"/> Africana |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Ashkenazi |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Europa Central/Leste Europeu | <input type="checkbox"/> América Latina/Caribe |
| <input type="checkbox"/> Indígena. Especificar: _____ | |

História Pessoal de Câncer

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sem história pessoal de câncer | |
| <input type="checkbox"/> Mama, invasivo. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Pré-menopausal <input type="checkbox"/> Triplo-negativo | <input type="checkbox"/> Mama, in situ. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Pré-menopausal <input type="checkbox"/> Triplo-negativo |
| <input type="checkbox"/> Leucemia. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Intestino. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ / Idade ao diagnóstico: _____ | <input type="checkbox"/> Ovário. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Próstata. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Pulmão. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Pequenas-células <input type="checkbox"/> Tabagista |

História Familiar de Câncer

| <input type="checkbox"/> Sem história familiar de câncer | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|----------------------|
| Parentesco | Materno | Paterno | Local do câncer | Idade ao diagnóstico |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento juntamente com o paciente e/ou responsável.

x _____
Médico solicitante com carimbo contendo o CRM

Data: ____ / ____ / ____