

Este formulário de requisição pode ser usado para enviar uma requisição de **Teste patrocinado para doenças neurodegenerativas em adultos**.

INSTRUÇÕES: Analise as opções de testes e depois preencha todas as seções deste formulário. Sua opção de teste será indicada na seção de seleção de teste.

OPÇÕES DE TESTE ORDERING OPTIONS

1. TESTE PATROCINADO PARA DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS EM ADULTOS ADULT NEURODEGENERATIVE DISORDERS SPONSORED TESTING

Para indivíduos que preenchem os critérios de elegibilidade abaixo e que desejam receber o painel de testes genéticos específicos do programa.

OBRIGATÓRIO: Você deve selecionar abaixo os critérios de elegibilidade apropriados para este paciente.

REQUIRED: You must select below the appropriate eligibility criteria for this patient.

Este programa está disponível para indivíduos com 18 anos ou mais com suspeita ou risco de ter uma doença neurodegenerativa com base em um ou mais dos seguintes casos (selecione todos os que se aplicam):*

*This program is available to individuals 18 or older suspected of or at risk of having a neurodegenerative disorder based on one or more of the following (please select all that apply):**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Indivíduo sintomático com diagnóstico clínico ou suspeita de uma ou mais das seguintes enfermidades (marque uma): <i>Symptomatic individual with clinical diagnosis or suspicion of one of the following (check one):</i>
<input type="radio"/> Esclerose lateral amiotrófica (ELA) <i>Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)</i>
<input type="radio"/> Doença de Parkinson (DP) <i>Parkinson disease (PD)</i>
<input type="radio"/> Demência frontotemporal (DFT) <i>Frontotemporal dementia (FTD)</i>
<input type="radio"/> Doença de Alzheimer com início antes dos 65 anos <i>Alzheimer disease with onset < 65 years of age</i>
<input type="radio"/> Doença de príon hereditária <i>Hereditary prion disease</i>
Obrigatório: Idade do início dos sintomas: _____ anos
<i>Required: Age of symptom onset: _____ years</i> | <input type="radio"/> Indivíduo assintomático com história familiar de diagnóstico de início precoce (menos de 65 anos) de uma das seguintes enfermidades (marque uma): <i>Asymptomatic individual with family history of early (<65 years of age) onset diagnosis of one of the following conditions (check one):</i>
<input type="radio"/> Esclerose lateral amiotrófica (ELA) <i>Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)</i>
<input type="radio"/> Doença de Parkinson (DP) <i>Parkinson disease (PD)</i>
<input type="radio"/> Demência frontotemporal (DFT) <i>Frontotemporal dementia (FTD)</i>
<input type="radio"/> Doença de Alzheimer <i>Alzheimer disease</i>
<input type="radio"/> Doença de príon hereditário <i>Hereditary prion disease</i> |
| <input type="radio"/> Familiar com variante causadora de doença conhecida em um dos genes incluídos no Painel combinado da Invitae de Demência Hereditária e Esclerose Lateral Amiotrófica OU Painel de Doença de Parkinson e Parkinsonismo hereditários (listar gene): <i>Family member with known disease-causing variant in one of the genes included on the Invitae Combined Hereditary Dementia and Amyotrophic Lateral Sclerosis Panel OR Hereditary Parkinson's Disease and Parkinsonism Panel (list gene): _____</i> | |

*Observe que este programa está disponível apenas em alguns países; para obter uma lista completa, visite www.invitae.com/adult-neurodegen

2. TESTE DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR GENE-ESPECÍFICO GENE-SPECIFIC FAMILY FOLLOW-UP TESTING

Para parentes de participantes do programa que receberam um resultado patogênico ou provavelmente patogênico ou VUS aprovada que desejam receber teste de acompanhamento familiar gene-específico sem cobrança adicional. Os parentes não precisam atender aos critérios de elegibilidade mencionados acima. Saiba mais em www.invitae.com/family.

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE PATIENT INFORMATION

Nome <i>First name</i>	SN <i>MI</i>	Sobrenome <i>Last name</i>
Data de nascimento (MM/DD/AAAA) <i>Date of birth (MM/DD/YYYY)</i>	Sexo biológico <i>Biological sex</i> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	NP (número do prontuário) <i>MRN</i>
Ancestralidade <i>Ancestry</i> <input type="radio"/> Asiática <i>Asian</i> <input type="radio"/> Negra/Africana <i>Black/African</i> <input type="radio"/> Branca <i>White/Caucasian</i> <input type="radio"/> Judaica Ashkenazi <i>Ashkenazi Jewish</i> <input type="radio"/> Hispânica <i>Hispanic</i> <input type="radio"/> Americana nativa <i>Native American</i> <input type="radio"/> Ilha do Pacífico <i>Pacific Islander</i> <input type="radio"/> Canadense francesa <i>French Canadian</i> <input type="radio"/> Judaica sefardita <i>Sephardic Jewish</i> <input type="radio"/> Mediterrânea <i>Mediterranean</i> <input type="radio"/> Outra: _____ <i>Other</i>		
Telefone <i>Phone</i>	Endereço de e-mail (acesso ao relatório após liberações do médico) <i>Email address</i>	
Endereço <i>Address</i>		Cidade <i>City</i>
Estado <i>State/Prov</i>	CEP ZIP	País <i>Country</i>

Enviar um kit para este paciente (opcional) mediante a remessa por e-mail deste formulário preenchido para a Invitae *Ship a kit to this patient*

Tipo de kit: Kit de esfregaço bucal *Buccal swab kit* Kit de saliva *Saliva kit*

Enviar para: Endereço acima *Address above* Endereço alternativo: _____ *Alternate address:*

INFORMAÇÕES SOBRE A AMOSTRA SPECIMEN INFORMATION

Tipo de amostra: Sangue (EDTA tampa roxa de 3 ml) **-OU-** Esfregaços bucais *Specimen type: (OCD-100,2 dispositivos) -OU- Saliva (Oragene™)*
-OU- fonte de DNA: _____

Não aceitamos sangue/saliva/esfregaço bucal de pacientes com:
 • Transplantes alogênicos de medula óssea • Transfusão de sangue <2 semanas antes da coleta da amostra

Data da coleta da amostra (MM/DD/AAAA):
Specimen collection date (MM/DD/YYYY):
 Se a data não for fornecida, será usado o dia anterior ao recebimento da amostra.

Casos especiais: História de/neoplasia hematológica atual no paciente *Special cases: History of/current hematologic malignancy in patient*

INFORMAÇÕES CLÍNICAS CLINICIAN INFORMATION

Nome da organização <i>Organization name</i>		
Telefone <i>Phone</i>	Fax <i>Fax</i>	
Endereço <i>Address</i>		Cidade <i>City</i>
Estado <i>State/Prov</i>	CEP/Código postal ZIP	País <i>Country</i>
Nome do contato clínico principal (se for diferente do profissional de saúde solicitante) <i>Primary clinical contact name (if different from ordering provider)</i>		NPI (somente EUA) <i>NPI</i>
Endereço de e-mail do contato clínico principal (para acesso ao relatório) <i>Primary clinical contact email address</i>		

Profissional de saúde solicitante (selecione um profissional de saúde solicitante marcando a caixa antes do nome) *Ordering provider (select one ordering provider by marking the checkbox before the name)*

Nome <i>Name</i>	NPI (somente EUA) <i>NPI</i>	Endereço de e-mail (para acesso ao relatório) <i>Email address</i>
<input type="checkbox"/>		

Outros contatos clínicos ou laboratoriais (opcional, para compartilhar acesso à solicitação online) *Additional clinical or laboratory contacts*

Compartilhar esta solicitação com a equipe clínica predefinida do contato clínico principal, gerenciar em www.invitae.com *Share this order with the primary clinical contact's default clinical team*

Nome <i>Name</i>	Endereço de e-mail (para acesso ao relatório) <i>Email address</i>
Nome <i>Name</i>	Endereço de e-mail (para acesso ao relatório) <i>Email address</i>

HISTÓRIA CLÍNICA CLINICAL HISTORY
HISTÓRIA FAMILIAR FAMILY HISTORY
Existe história familiar da doença para a qual o paciente está sendo testado? Is there a family history of disease for which the patient is being tested?
 Sim Yes Não No Se sim, descreva abaixo e anexe a ancestralidade e/ou observações clínicas.

Relação do parente com este paciente Relative's relationship to this patient	Materna ou paterna Maternal or paternal	Condição diagnosticada Diagnosed condition	Idade à época do diagnóstico Age at diagnosis	Relação do parente com este paciente Relative's relationship to this patient	Materna ou paterna Maternal or paternal	Condição diagnosticada Diagnosed condition	Idade à época do diagnóstico Age at diagnosis

HISTÓRIA PESSOAL PERSONAL HISTORY
Este paciente foi afetado ou é sintomático?†

 Is/was this patient affected or symptomatic? Sim Yes Não No

† Sintomático significa que este paciente apresenta características ou sinais conhecidos ou suspeitos de estarem relacionados ao teste genético solicitado e pode incluir achados no exame físico, testes laboratoriais ou de imagem.

Forneça detalhes nas perguntas sobre a história clínica solicitada (se aplicável).

HISTÓRIA CLÍNICA (recomenda-se enfaticamente incluir observações, laudos e/ou resultados de testes genéticos anteriores deste indivíduo ou familiares afetados. Estas informações são úteis para interpretação de variantes.)

Características cognitivas Cognitive Features	SIM YES	NÃO NO	DESCONHECIDAS UNKNOWN	Características motoras (continuação) Motor Features (continued)	SIM YES	NÃO NO	DESCONHECIDAS UNKNOWN
Declínio cognitivo progressivo - apresentação amnésica (perda de memória, incapacidade de aprender e lembrar) <i>Progressive cognitive decline - amnesic presentation (memory loss, impairment in learning and recall)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fraqueza muscular progressiva e/ou atrofia <i>Progressive muscle weakness and/or atrophy</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Declínio cognitivo progressivo - apresentação da linguagem (dificuldade para encontrar palavras) <i>Progressive cognitive decline - language presentation (word-finding deficits)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fasciculações musculares e/ou câibras <i>Muscle fasciculations and/or cramps</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Declínio cognitivo progressivo - apresentação visuoespacial (cognição espacial- agnosia de objetos, reconhecimento facial, simultagnosia e alexia) <i>Progressive cognitive decline - visuospatial presentation (spatial cognition-object agnosia, facial recognition, simultagnosia and alexia)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hiporreflexia e/ou diminuição ou ausência de reflexos tendíneos profundos <i>Hyporeflexia and/or decreased or absent deep tendon reflexes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Declínio cognitivo progressivo - disfunção executiva (dificuldade de raciocínio, julgamento e para solucionar problemas) <i>Behavioral changes (dysinhibition/impulsivity, apathy/inertia, and/or loss of sympathy/empathy)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parkinsonismo (bradicinesia, instabilidade postural, rigidez, máscara facial, tremor em repouso) <i>Parkinsonism (bradykinesia, postural instability, rigidity, facial masking, resting tremor)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações comportamentais (desinibição/impulsividade, apatia/inércia e/ou perda de simpatia/empatia) <i>Behavioral changes (perseverative/compulsive behaviors and/or hyperorality)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discinesia tardia (movimentos irregulares, bruscos), distonia (movimentos e posturas padronizados/tiques) e/ou mioclonias (espasmos musculares) <i>Tardive dyskinesia (irregular, jerky movements), dystonia (patterned/twisting movements and postures) and/or myoclonus (muscle jerks)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações comportamentais (comportamentos perseverativos/compulsivos e/ou hiperoralidade) <i>Behavioral changes (perseverative/compulsive behaviors and/or hyperorality)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disartria (dificuldade para falar) <i>Dysarthria (difficulty speaking)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença psiquiátrica (psicose, mania, alucinações, delírios, etc.) Psychiatric illness <i>(psychosis, mania, hallucinations, delusions, etc.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disfagia (dificuldade para engolir) <i>Dysphagia (swallowing difficulties)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras: Other: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neuroimagem, biomarcadores, achados genéticos e/ou neurofisiopatológicos <i>Neuroimaging, biomarkers, genetic and/or neuropathophysiology findings</i>			
Características motoras Motor Features	<input type="radio"/> RM anormal <i>Abnormal MRI</i> Achado(s) importante(s)? <i>Major finding(s)?</i> _____						
Ataxia cerebelar (ataxia da marcha e/ou membros) <i>Cerebellar ataxia (gait and/or limb ataxia)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> PET scan ou análise de LCR anormal <i>Abnormal PET scan or CSF analysis</i> Achado(s) importante(s)? <i>Major finding(s)?</i> _____			
Disfunção oculomotora (ex.: apraxia oculomotora, estrabismo e/ou nistagmo) <i>Oculomotor dysfunction (ex: oculomotor apraxia, strabismus, and/or nystagmus)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Achados de patologia cerebral (geralmente disponível apenas post mortem) <i>Abnormal brain pathology findings (typically only available 0 post-mortem)</i> Achado(s) importante(s)? <i>Major finding(s)?</i> _____			
Aumento do tônus muscular e/ou aumento dos reflexos tendíneos profundos de extremidades/ hiperreflexia (deslocamento mandibular, sinal de Hoffman, sinal de Babinski positivo, adutores cruzados, resposta plantar extensora) <i>Increased muscle tone and/or increased extremity deep-tendon reflexes/hyperreflexia (jaw jerk, Hoffman sign, positive Babinski sign, crossed adductors, extensor plantar response)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> EMG anormal <i>Abnormal EMG</i> Achado(s) importante(s)? <i>Major finding(s)?</i> _____			
Espasticidade <i>Spasticity</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Previamente testado para o gene C9orf72 em outro laboratório? <i>Previously tested for C9orf72 gene at outside laboratory?</i> Resultado do teste (positivo, negativo, não conclusivo) <i>Test result (positive, negative, intermediate)</i> _____ (incluir cópia de resultado de teste anterior, se disponível) <i>[please include copy of previous test result if available]</i>			
Labilidade emocional (riso ou choro desproporcional/ bocejo forçado) <i>Pseudobulbar affect (inappropriate laughing/crying/forced yawning)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outras características Other features <input type="radio"/> Doença de Paget do osso <i>Paget disease of bone</i> <input type="radio"/> Paralisia supranuclear <i>Supranuclear palsy</i> <input type="radio"/> Disfunção autônoma (ex: hipotensão ortostática, incontinência urinária) <i>Autonomic dysfunction (ex: orthostatic hypotension, urinary incontinence)</i> <input type="radio"/> Insônia familiar <i>Familial insomnia</i> <input type="radio"/> Outras características clínicas relevantes: <i>Other relevant clinical features:</i> _____			

OPCIONAL - VARIANTES SOLICITADAS PARA O RELATÓRIO DESTES PACIENTE, SE CONHECIDAS
OPTIONAL - REQUESTED VARIANTS FOR THIS PATIENT'S REPORT, IF KNOWN

Para que a presença ou ausência de variantes específicas seja comentada no relatório deste paciente, forneça os detalhes abaixo. Para acompanhamento familiar gene-específico, veja Observação em Seleção de teste (Test Selection).

O probando (indivíduo com variante) foi testado na Invitae? Sim, Identificação da solicitação à Invitae: RQ n.º _____ Yes, Invitae Order ID: RQ#
Was the proband (individual with variant) tested at Invitae? Não: Anexar cópia dos resultados laboratoriais (obrigatório) No: Attach copy of lab results (required)

Variante(s) (ex. GENE c.2200A>T (p.Thr734Ser) NM_00012345) Se deixado em branco, todas as variantes identificadas no probando serão comentadas.
Variant(s) (e.g. GENE c.2200A>T (p.Thr734Ser) NM_00012345) If left blank, all variants identified in the proband will be commented on.

Relação deste paciente com o probando:
This patient's relationship to proband:

- Pai ou mãe Irmão ou irmã
Parent Sibling
 Neto ou neta Filho ou filha
Grandchild Child
 O próprio Outra: _____
Self Other:

SELEÇÃO DO TESTE – Seleccione teste(s) da opção 1 ou 2 abaixo: TEST SELECTION – Select test(s) from either option 1 or 2 below:
1. TESTE PATROCINADO PARA DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS EM ADULTOS – Indique abaixo o(s) teste(s) a ser(em) realizado(s):
ADULT NEURODEGENERATIVE DISORDERS SPONSORED TESTING – Indicate test(s) to be performed below:

Código do teste Test code	Nome do teste Test name	Número de genes # of genes	Lista de genes Gene list
<input type="radio"/> 03502	Painel de Esclerose Lateral Amiotrófica, Demência Frontotemporal e Doença de Alzheimer Hereditárias da Invitae* <i>Invitae Hereditary Amyotrophic Lateral Sclerosis, Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease Panel*</i>	33	ALS2, ANG, ANXA11, APP, CHCHD10, CHMP2B, DCTN1, ERBB4, FUS, GRN, HEXA, HNRNPA2B1, ITM2B, KIF5A, MAPT, OPTN, PFN1, PRNP, PSEN1, PSEN2, SETX, SNCA, SOD1, SORL1, SPG11, SQSTM1, TARDBP, TBK1, TFG, TREM2, UBQLN2, VAPB, VCP
<input type="radio"/> 03502.1	Genes de evidências preliminares adicionais <i>Add-on preliminary-evidence genes</i>	9	ATP13A2, DDHD1, ERLIN1, FIG4, LRRK2, MATR3, NEFH, SIGMART1, TIA1
<input type="radio"/> 03352	Painel de Doença de Parkinson e Parkinsonismo Hereditários da Invitae** <i>Invitae Hereditary Parkinson Disease & Parkinsonism Panel**</i>	26	ATP13A2, ATP7B, CHCHD2, CSF1R, DCTN1, DNAJC6, FBXO7, GBA, GCH1, LRRK2, PARK7, PDE8B, PINK1, PLA2G6, PRKN, PRKRA, RAB39B, SLC6A3, SNCA, SPR, SYNJ1, TH, TMEM230, VPS13C, VPS35, XPR1
<input type="radio"/> 03352.1	Genes de evidências preliminares adicionais <i>Add-on preliminary-evidence genes</i>	3	MAPT, PODXL, UCHL1

*Vale ressaltar que este painel não inclui análise do gene C9orf72 neste momento

**É importante observar que este painel testa apenas as variantes c.84dupG (p.Leu29Alafs*18), c.115+1G>A (Doador de splicing), c.222_224delTAC (p.Thr75del), c.475C>T (p.Arg159Trp), c.595_596delCT (p.Leu199Aspfs*62), c.680A>G (p.Asn227Ser), c.721G>A (p.Gly241Arg), c.754T>A (p.Phe252Ile), c.1226A>G (p.Asn409Ser), c.1246G>A (p.Gly416Ser), c.1263_1317del (p.Leu422Profs*4), c.1297G>T (p.Val433Leu), c.1342G>C (p.Asp448His), c.1343A>T (p.Asp448Val), c.1448T>C (p.Leu483Pro), c.1504C>T (p.Arg502Cys), c.1505G>A (p.Arg502His), c.1603C>T (p.Arg535Cys), c.1604G>A (p.Arg535His).

2. TESTE DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR GENE-ESPECÍFICO Para parentes de um participante do programa (proband) que recebeu resultado patogênico ou provavelmente patogênico ou VUS aprovada.
GENE-SPECIFIC FAMILY FOLLOW-UP TESTING For relatives of a program participant ('proband') who received a Pathogenic/Likely Pathogenic result or approved VUS.

<input type="radio"/> Teste de acompanhamento familiar para Identificação da solicitação do probando à Invitae: RQ n.º _____ <i>Family follow-up testing for Proband's Invitae Order ID: RQ#</i>	Relação deste paciente com o probando: <i>This patient's relationship to proband:</i> <input type="radio"/> Pai ou mãe <input type="radio"/> Irmão ou irmã <input type="radio"/> Neto ou neta <i>Parent Sibling Grandchild</i> <input type="radio"/> Filho ou filha <input type="radio"/> Outra: _____ <i>Child Other:</i>	Gene(s) a ser(em) testado(s) neste paciente: <i>Gene(s) to be tested in this patient:</i>
---	--	---

OBSERVAÇÃO: A presença ou ausência de todas as variantes identificadas no probando para o(s) gene(s) solicitado(s) para acompanhamento familiar gene-específico será comentada no laudo deste paciente a menos que seja especificada uma limitação na seção **variantes solicitadas** acima. A Invitae relatará quaisquer variantes patogênicas/provavelmente patogênicas encontradas neste paciente para o(s) gene(s) solicitado(s). NOTE: The presence or absence of all variants identified in the proband for the gene(s) ordered for gene-specific family follow-up will be commented on in this patient's report unless a limited selection is specified in the Requested Variants section above. Invitae will report any Pathogenic/Likely Pathogenic variants found in this patient for the gene(s) ordered.

A Invitae atualiza continuamente seus painéis com base nas evidências mais recentes. Se uma solicitação for feita em um formulário de requisição de teste em desuso, a Invitae reserva-se o direito de atualizar os testes solicitados para suas versões atuais. As identificações de teste que contenham códigos de complementos incluirão o painel original, bem como os complementos.

Ao assinar este formulário, o médico declara que o indivíduo ou o familiar autorizado a tomar decisões pelo indivíduo (coletivamente, o "Paciente") foi devida e substancialmente informado e consentiu em submeter-se ao teste genético, conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Teste Genético da Invitae (www.invitae.com/patient-consent). O médico reterá o comprovante de que o paciente consentiu em fazer o teste genético. O Paciente foi informado de que a Invitae poderá notificá-lo sobre atualizações clínicas relacionadas aos resultados do teste genético (após consultar o médico solicitante conforme indicado), assim como sobre os dados desidentificados (também chamados pseudonimizados) do Paciente que poderão ser usados e compartilhados com terceiros ligados ao Programa, para fins de pesquisa e comerciais. Para solicitações originadas fora dos Estados Unidos, o Paciente foi notificado de que suas informações pessoais e amostras serão transferidas para os Estados Unidos, onde serão processadas. O médico garante que (i) não solicitará reembolso por este teste gratuito de nenhum terceiro, inclusive, entre outros, dos programas de saúde do governo; (ii) a participação no Programa não influenciará suas decisões clínicas; (iii) não tem obrigação de adquirir ou prescrever qualquer produto ou serviço oferecido por um patrocinador do Programa; (iv) não tem obrigação de participar ou incentivar os pacientes a participarem de estudo clínico ou outro programa de pesquisa realizado por um patrocinador e (v) participará do Programa em conformidade com a legislação aplicável. O médico consente no compartilhamento de informações de contato da organização e dele próprio com terceiros, inclusive organizações sociais, que podem contatá-lo diretamente com relação ao Programa. Uma lista de terceiros parceiros será fornecida mediante solicitação. Declaro que, de acordo com a legislação aplicável, estou autorizado a solicitar este teste.

Assinatura do médico (obrigatória) *Medical professional signature (required)*

Data (MM/DD/AAAA) *Date (MM/DD/YYYY)*