

Este formulário de requisição pode ser usado para enviar uma solicitação ao Programa de Detecção de Miocardiopatia e Arritmia da Invitae, um programa de testes patrocinado para miocardiopatias e arritmias familiares.

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. PROGRAMA DE DETECÇÃO DE MIOCARDIOPATIA E ARRITMIA DETECT CARDIOMYOPATHY AND ARRHYTHMIA PROGRAM

Para indivíduos que preenchem os critérios de elegibilidade abaixo e que desejam receber painéis de testes genéticos específicos do programa. For individuals that meet the eligibility criteria below and wish to receive the program specific genetic testing panels.

OBIGATORIO: 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 pacientes com suspeita de ter uma miocardiopatia ou arritmia familiar (selecione uma ou mais opções)**:

This program is available to patients suspected of having a familial cardiomyopathy or arrhythmia (select one or more)**:

Suspeita ou diagnóstico clínico de miocardiopatia ou arritmia familiar
Suspicion or known diagnosis of a familial cardiomyopathy or arrhythmia

Diagnóstico: HCM DCM ARVC LVNC
Diagnosis: LQTS CPVT BrS Outro: Other: _____

Idade à época do diagnóstico: Age at diagnosis: _____

Índice de suspeita clínica: Index of clinical suspicion: Alto High Moderado Moderate Baixo Low

História familiar de miocardiopatia ou arritmia primária
Family history of a primary cardiomyopathy or arrhythmia

Diagnóstico: HCM DCM ARVC LVNC
Diagnosis: LQTS CPVT BrS Outro: Other: _____

História familiar de morte súbita cardíaca inexplicada
Family history of unexplained sudden cardiac death

Idade(s) Age(s): _____

O paciente faleceu* Patient is deceased*
 Sim Yes Não No

*Se o paciente tiver falecido, preencha também o formulário de consentimento pós-morte encontrado em www.invitae.com/postmortem-consent

*If the patient is deceased please also complete the postmortem consent form located at www.invitae.com/postmortem-consent

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

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

Enviar um kit para este paciente (opcional) mediante o envio deste formulário preenchido para a Invitae por fax ou por e-mail Ship a kit to this patient (optional) by faxing or emailing this completed form to Invitae

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 (3-mL EDTA tampa roxa) -OU- Esfregaços bucais (OCD-100, 2 dispositivos) -OU- Saliva (Oragene™) -OU- fonte de DNA:

Specimen type: Blood (3-mL purple EDTA) -OR- Buccal Swabs (OCD-100, 2 devices) -OR- Saliva (Oragene™) -OR- DNA source

Não aceitamos sangue/esfregaço bucal/saliva 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.
If not provided, the day before specimen receipt will be used

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 Organization name		
Telefone Phone	Fax Fax	
Endereço Address		Cidade City
Estado State/Prov	CEP/Código postal ZIP code	País Country
Nome do contato clínico principal (se for diferente do profissional de saúde solicitante) Primary clinical contact name (if different from ordering provider)		NPI (somente EUA) NPI (US only)
Endereço de e-mail do contato clínico principal (para acesso ao relatório) Primary clinical contact email address		
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 Name	NPI (somente EUA) NPI (US only)	Endereço de e-mail (para acesso ao laudo) Email address (for report access)
<input type="radio"/>	_____	_____
<input type="radio"/>	_____	_____
<input type="radio"/>	_____	_____
<input type="radio"/>	_____	_____
<input type="radio"/>	_____	_____
<input type="radio"/>	_____	_____

Outros contatos clínicos ou laboratoriais (opcional, para compartilhar acesso à solicitação online) Additional clinical or laboratory contacts (optional, to share access to order online)

Compartilhar esta solicitação con el equipo clínico predeterminado del contacto clínico principal (gestione el equipo en línea em www.invitae.com) Share this order with the primary clinical contact's default clinical team, manage at www.invitae.com

Nome Name	Endereço de e-mail (para acesso ao laudo) Email address
Nome Name	Endereço de e-mail (para acesso ao laudo) Email address

CÓDIGO DE PARCEIRO DA INVITAE INVITAE PARTNER CODE **CARDIO**

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. *If yes, describe below and attach pedigree and/or clinical notes.*

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

HISTÓRIA PESSOAL PERSONAL HISTORY

Este paciente foi afetado ou é sintomático? [†] *Is/was this patient affected or symptomatic?* Sim Yes Não No
 Forneça detalhes nas perguntas sobre a história clínica solicitada (se aplicável). *Provide details in the required clinical history questions (if applicable).*
[†] 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. *† Symptomatic means this patient has features or signs known or suspected to be related to the genetic testing being ordered and could include findings on physical examination, laboratory tests, or imaging.*

HISTÓRIA CLÍNICA OBRIGATÓRIA REQUIRED CLINICAL HISTORY

História clínica <i>Clinical history</i>	SIM YES	NÃO NO	DESCONHECIDO UNKNOWN	Achados do ECG <i>ECG findings</i>	SIM YES	NÃO NO	DESCONHECIDO UNKNOWN
Síncope com estresse <i>Syncope with stress</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ECG normal <i>Normal ECG</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síncope sem estresse <i>Syncope without stress</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bloqueio atrioventricular <i>AV Block</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
História de morte súbita cardíaca abortada <i>History of aborted SCD</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fibrilação ventricular <i>Ventricular fibrillation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surdez congênita <i>Congenital deafness</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Taquicardia ventricular <i>Ventricular tachycardia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fraqueza músculoesquelética <i>Skeletal muscle weakness</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TV bidirecional <i>Bidirectional VT</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cite outra história relevante: <i>List other relevant history:</i>				Torsade de pointes <i>Torsade de pointes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Alternância de onda T <i>T wave alternans</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Onda T invertida em 3 derivações <i>Notched T wave in 3 leads</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Teste de esforço positivo <i>Positive exercise stress test</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Achados histológicos e bioquímicos <i>Histological and biochemical findings</i>	SIM YES	NÃO NO	DESCONHECIDO UNKNOWN
Substituição fibrogordurosa do miocárdio <i>Fibrofatty replacement of myocardium</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biópsia de tecido positiva para amiloide <i>Amyloid-positive tissue biopsy</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creatinoquinase elevada <i>Elevated creatine kinase</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Baixa frequência cardíaca para a idade <i>Low heart rate for age</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defeitos da condução cardíaca <i>Cardiac conduction defects</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervalo QTc <i>QTc interval</i>	_____ mm	<input type="radio"/>	
Cite outras anormalidades relevantes: <i>List other relevant abnormalities:</i>			

Achados de imagem <i>Imaging findings</i>	SIM YES	NÃO NO	DESCONHECIDO UNKNOWN
RMC com realce tardio <i>CMRI delayed enhancement</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não compactação do VE <i>LV noncompaction</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dilatação do ventrículo direito <i>Dilation of the right ventricle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dilatação do ventrículo esquerdo <i>Dilation of the left ventricle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cicatriz miocárdica <i>Myocardial scarring</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrução na via de saída do fluxo do VE <i>LV outflow tract obstruction</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fração de ejeção do VE <i>LV ejection fraction</i>	_____ %		<input type="radio"/>
Fração de ejeção do VD <i>RV ejection fraction</i>	_____ %		<input type="radio"/>
Espessura máxima da parede do VE <i>Maximum LV wall thickness</i>	_____ mm		<input type="radio"/>
Diâmetro sistólico final do VE <i>LV end systolic diameter</i>	_____ mm		<input type="radio"/>
Diâmetro diastólico final do VE <i>LV end diastolic diameter</i>	_____ mm		<input type="radio"/>

Cite outras anormalidades relevantes:
List other relevant abnormalities:

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 laudo deste paciente, forneça os detalhes abaixo. Para acompanhamento familiar gene-específico, veja Observação em Seleção de teste (Test Selection). To have the presence or absence of specific variants commented on in this patient's report, provide the details below. For gene-specific family follow-up see Note under Test Selection.

O probando (indivíduo com variante) foi testado na Invitae? Was the proband (individual with variant) tested at Invitae?

- Sim, Identificação da solicitação à Invitae: RQ n.º _____ Yes, Invitae Order ID: RQ#
 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 Parent Irmão ou irmã Sibling
 Neto ou neta Grandchild Filho ou filha Child
 O próprio Self Outra: _____ Other:

SELEÇÃO DO TESTE – Selecione teste(s) da opção 1 ou 2 abaixo: TEST SELECTION – Select test(s) from either option 1 or 2 below:

1. PROGRAMA DE DETECÇÃO DE MIOCARDIOPATIA E ARRITMIA – Indique o(s) teste(s) a ser(em) realizado(s) abaixo:
DETECT CARDIOMYOPATHY AND ARRHYTHMIA PROGRAM – 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 checked="" type="radio"/> 02101	Painel abrangente de arritmia e miocardiopatia Invitae Invitae Arrhythmia and Cardiomyopathy Comprehensive Panel	100	ABCC9, ACADVL, ACTC1, ACTN2, AGL, ALMS1, ALPK3, BAG3, BRAF, CACNA1C, CACNA1D, CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, CBL, CDH2, CPT2, CRYAB, CSRP3, DES, DMD, DNAJC19, DOLK, DSC2, DSG2, DSP, ELAC2, EMD, EYA4, FHL1, FKRP, FKTN, FLNC, GAA, GATA4, GATA5, GJA5, GLA, HCN4, HRAS, JUP, KCNE1, KCNH2, KCNJ2, KCNQ1, KRAS, LAMP2, LMNA, LZTR1, MAP2K1, MAP2K2, MRAS, MTO1, MYBPC3, MYH7, MYL2, MYL3, MYL4, MYLK3, NF1, NKX2-5, NRAS, PCCA, PCCB, PKP2, PLN, PPA2, PPCS, PPP1CB, PRKAG2, PTPN11, RAF1, RASA1, RBM20, RIT1, RYR2, SCN5A, SDHA, SGCD, SHOC2, SLC22A5, SOS1, SOS2, SPRED1, TAZ, TBX20, TCAP, TMEM43, TMEM70, TNNC1, TNNI3, TNNI3K, TNNT2, TPM1, TRDN, TRPM4, TTN, TTR, VCL
<input type="radio"/> 02101.1	Inclusão de genes de evidências preliminares Add-on preliminary-evidence genes	57	A2ML1, AKAP9, ANK2, ANKRD1, CACNA2D1, CACNB2, CALR3, CAV3, CHRM2, CTF1, CTNNA3, DTNA, FHL2, GATA6, GATAD1, GPD1L, HAND1, ILK, JPH2, KCNA5, KCND3, KCNE2, KCNE3, KCNE5, KCNJ5, KCNJ8, KCNK3, KIF20A, KLF10, LAMA4, LDB3, LRRC10, MAP3K8, MED12, MYH6, MYLK2, MYOM1, MYOZ2, MYPN, NEBL, NEXN, NPPA, PDLIM3, PLEKHM2, PRDM16, RANGRF, RASA2, RRAS, SCN10A, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN4B, SLMAP, SNTA1, TMPO, TXNRD2
<input type="radio"/> 02101.4	Inclusão de genes para arritmia e miocardiopatia na morte súbita inesperada na epilepsia (SUDEP) Add-on sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) genes for arrhythmia and cardiomyopathy	11	DEPDC5, KCNA1, KCNQ2, KCNQ3, KCNT1, PCDH19, PRRT2, SCN1A, SCN8A, SCN9A, SLC2A1

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

Para parentes de um participante do programa (probando) que recebeu resultado patogênico ou provavelmente patogênico ou VUS aprovada.
 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 _____ Family follow-up testing for Proband's Invitae Order ID: RQ#	Relação deste paciente com o probando: This patient's relationship to proband: <input type="radio"/> Pai ou mãe Parent <input type="radio"/> Irmão ou irmã Sibling <input type="radio"/> Neto ou neta Grandchild <input type="radio"/> Filho ou filha Child <input type="radio"/> Outra: _____ Other:	Gene(s) a ser(em) testado(s) neste paciente: Gene(s) to be tested in this patient:
--	---	--

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)