

Este formulário de requisição pode ser usado para enviar uma solicitação de **Detecção de Distrofia Muscular Global**, um programa de testes patrocinado para distrofia muscular.

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 DISTROFIA MUSCULAR GLOBAL DETECT MUSCULAR DYSTROPHY PROGRAM GLOBAL

Para indivíduos que preenchem os critérios de elegibilidade abaixo e que desejam receber os 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.

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 pacientes com suspeita de ter distrofia muscular com um ou mais dos itens abaixo (é preciso selecionar pelo menos um):**

*This program is available to individuals suspected of having muscular dystrophy with one or more of the following (must check at least one)**:*

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Fraqueza muscular progressiva
<i>Progressive muscle weakness</i> | <input type="radio"/> Biópsia muscular demonstrando alterações distróficas e/ou evidência imuno-histoquímica para subtipo específico de distrofia muscular.
<i>Muscle biopsy showing dystrophic changes and/or immunohistochemical evidence for specific muscular dystrophy subtype</i> |
| <input type="radio"/> Níveis elevados de CK
<i>Elevated CK levels</i> | <input type="radio"/> Diagnóstico clínico (se conhecido): _____
<i>Clinical diagnosis (if known):</i> |
| <input type="radio"/> DMD presumivelmente positiva do Programa de Triagem Neonatal
<i>Presumptive positive DMD from Newborn Screening Program</i> | <input type="radio"/> História familiar de distrofia muscular*
<i>Family history of muscular dystrophy*</i> |
| <input type="radio"/> Envolvimento cardíaco ou respiratório
<i>Cardiac or respiratory involvement</i> | *Observe que este programa não tem a opção de triagem para a condição de portador de distrofia muscular.
<i>*Please note this program does not have the option to screen for carrier status of muscular dystrophy.</i> |
| <input type="radio"/> Hipertrofia ou pseudo-hipertrofia da panturrilha
<i>Calf hypertrophy or pseudohypertrophy</i> | |

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

2. TESTE DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

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 MI	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 (medical record number)</i>
Ancestralidade <i>Ancestry</i> <input type="radio"/> Asiática <i>Asian</i> <input type="radio"/> Negra/afro-americana <i>Black/African American</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: _____		
Telefone <i>Phone</i>	Endereço de e-mail (acesso ao relatório após liberações do médico) <i>Email address (report access after clinician releases)</i>	
Endereço <i>Address</i>	Cidade <i>City</i>	
Estado <i>State/Prov</i>	CEP/Código postal <i>ZIP/Postal code</i>	País <i>Country</i>

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 <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 <i>ZIP/Postal code</i>
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>	
Endereço de e-mail do contato clínico principal (para acesso ao relatório) <i>Primary clinical contact email address (for report access)</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>	Endereço de e-mail (para acesso ao laudo) <i>Email address (for report access)</i>
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
Outros contatos clínicos ou laboratoriais (opcional, para compartilhar acesso à solicitação online) Additional clinical or laboratory contacts (optional, to share access to order online)	
<input type="checkbox"/> 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, manage at www.invitae.com	
Nome <i>Name</i>	Endereço de e-mail (para acesso ao laudo) <i>Email address (for report access)</i>
Nome <i>Name</i>	Endereço de e-mail (para acesso ao laudo) <i>Email address (for report access)</i>

CÓDIGO DE PARCEIRO DA INVITAE
INVITAE PARTNER CODE

MDYSGL

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 OBRIGATORIA (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.) REQUIRED CLINICAL HISTORY (It is strongly encouraged to include notes, reports and/or previous genetic test results for this individual or affected family members. This information is useful for variant interpretation.)
O paciente já foi diagnosticado com alguma das seguintes formas de distrofia muscular?

Has patient ever been diagnosed with any of the following forms of muscular dystrophy?

- Distrofia muscular de Duchenne/Becker *Duchenne/Becker muscular dystrophy*
- Distrofia muscular do cingulo dos membros *Limb-girdle muscular dystrophy*
- Distrofia muscular congênita *Congenital muscular dystrophy*
- Distrofia muscular de Emery-Dreifuss *Emery-Dreifuss muscular dystrophy*
- Alfa-distrofliconopatia/síndrome de Walker-Warburg/doença músculo-olho-cérebro/distrofia muscular congênita de Fukuyama
Alpha-dystroglyconopathy/Walker-Warburg syndrome/muscle-eye-brain disease/Fukuyama congenital muscular dystrophy
- Sarcoglicanopatia *Sarcoglycanopathy*
- Outra (especifique): *Other (please specify):* _____

Resultados de testes anteriores (anexe os resultados relevantes)

Previous Test Results (please append any relevant results)

Especifique resultados, se conhecidos: Please specify results if known:

- Biópsia muscular anormal *Abnormal muscle biopsy*
- Evidência imunoquímica anormal *Abnormal immunochemical evidence*
- RM muscular anormal *Abnormal muscle MRI*
- RM cerebral anormal *Abnormal brain MRI*
- EMG anormal *Abnormal EMG*
- CK elevada: *Elevated CK*

Achados músculoesqueléticos

Musculoskeletal Findings

- Fraqueza muscular ou hipotonia (idade do início):
Muscle weakness or hypotonia (age of onset): _____
- Atrofia muscular *Muscle atrophy*
- Escápula alada *Scapular winging*
- Pseudo-hipertrofia ou hipertrofia do músculo esquelético
Pseudohypertrophy or hypertrophy of skeletal muscle
- Contraturas articulares/artrogrípse *Joint contractures/arthrogryposis*
- Hipermobilidade das articulações distais *Hyperlaxity of distal joints*
- Fraqueza bulbar ou faríngea (fala ininteligível, disfagia)
Bulbar or pharyngeal weakness (slurred speech, difficulty swallowing)

- Fraqueza facial (face miopática) *Facial weakness (myopathic facies)*
- Oftalmoparesia ou ptose (fraqueza ocular)
Ophthalmoparesis or ptosis (ocular weakness)
- Complicações ortopédicas (escoliose, deslocamento do quadril, pé torto)
Orthopedic complications (scoliosis, hip dislocation, club foot)
- Intolerância ao exercício/ episódios de rhabdomiólise
Exercise intolerance/ episodes of rhabdomyolysis
- Redução dos movimentos fetais, restrição do crescimento e/ou polidramnion no útero
Reduced fetal movements, growth restriction and/or polyhydramnios in utero

Achados cardíacos/respiratórios

Cardiac/Respiratory Findings

- Doença cardíaca (miocardiopatia dilatada, arritmia, palpitações, pré-síncope e síncope, insuficiência cardíaca congestiva)
Cardiac disease (i.e. dilated cardiomyopathy, arrhythmia, palpitations, presyncope and syncope, congestive heart failure)
- Insuficiência respiratória *Respiratory insufficiency*
- Fraqueza diafragmática *Diaphragmatic weakness*
- Suporte ventilatório *Ventilator support*

Desenvolvimento

Development

- Incapacidade intelectual/incapacidade de aprendizagem
Intellectual disability/Learning disabilities
- Atrasos no desenvolvimento global *Global developmental delays*
- Somente atrasos motores *Motor delays only*

Outros achados clínicos

Other clinical findings

- Anormalidades oculares (catarata, miopia grave, degeneração retiniana)
Eye abnormalities (i.e. cataracts, severe myopia, retinal degeneration)
- Perda auditiva congênita *Congenital hearing loss*
- Anormalidades cutâneas (hiperqueratose folicular ou quelóide, cicatriz em "papel de cigarro")
Skin abnormalities (i.e. follicular hyperkeratosis or keloid, "Cigarette-paper" scarring)

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 Irmão ou irmã
Parent Sibling
- Neto ou neta Filho ou filha
Grandchild Child
- O próprio Outra: _____
Self 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 DISTROFIA MUSCULAR GLOBAL – Indique um teste abaixo para ser realizado:
DETECT MUSCULAR DYSTROPHY PROGRAM GLOBAL – Indicate one test below to be performed:

Código do teste Test code	Nome do teste Test name	Número de genes # of genes	Lista de genes Gene list
<input type="radio"/> 03280	Painel abrangente de doenças neuromusculares Invitae <i>Invitae Comprehensive Neuromuscular Disorders Panel</i>	131	ACTA1, ADSSL1, AGRN, ALG14, ALG2, AMPD1, ANO5, ATP2A1, B3GALNT2, B4GAT1, BAG3, BIN1, CACNA1S, CAPN3, CASQ1, CAV3, CCDC78, CFL2, CHAT, CHKB, CHRNA1, CHRN1, CHRN2, CHRNE, CLCN1, CNTN1, COL12A1, COL13A1, COL6A1, COL6A2, COL6A3, COLQ, CPT2, CRYAB, DAG1, DES, DMD, DNAJB6, DNM2, DOK7, DPAGT1, DPM1, DPM2, DPM3, DYSF, EMD, FHL1, FKBP14, FKRP, FKTN, FLNC, GAA, GFPT1, GMPBB, GNE, GOSR2, GYG1, GYS1, HACD1, HNRNPA2B1, HNRNPD1, ISCU, ISPD, ITGA7, KBTBD13, KCNJ2, KLHL40, KLHL41, LAMA2, LAMP2, LARGE1, LDB3, LMNA, LMOD3, MAP3K20, MATR3, MEGF10, MICU1, MTM1, MUSK, MYH2, MYH7, MYL2, MYO18B, MYOT, MYPN, NEB, ORAI1, PLEC, PNPLA2, POMGNT1, POMGNT2, POMK, POMT1, POMT2, PREPL, PYROXD1, RAPSN, RXYLT1, RYR1, SCN4A, SELENON, SGCA, SGCB, SGCD, SGCG, SLC18A3, SLC5A7, SMCHD1, SMN1, SMN2, SPEG, SQSTM1, STAC3, STIM1, SYT2, TAZ, TCAP, TIA1, TK2, TNNT1, TNPO3, TOR1AIP1, TPM2, TPM3, TRAPPC11, TRIM32, TTN, VAMP1, VCP, VMA21
<input type="radio"/> 03280.1	Inclusão de genes de evidências preliminares <i>Add-on preliminary-evidence genes</i>	12	KLHL9, LAMB2, LIMS2, LRP4, MTRM14, SNAP25, SUN1, SUN2, SYNE1, SYNE2, TMEM43, TNNT3
<input type="radio"/> 03291	Painel abrangente de distrofia muscular Invitae <i>Invitae Comprehensive Muscular Dystrophy Panel</i>	52	ANO5, B3GALNT2, B4GAT1, CAPN3, CAV3, CHKB, COL12A1, COL6A1, COL6A2, COL6A3, DAG1, DES, DMD, DNAJB6, DPM1, DPM2, DPM3, DYSF, EMD, FHL1, FKRP, FKTN, GAA, GMPBB, GOSR2, HNRNPD1, ISPD, ITGA7, LAMA2, LARGE1, LMNA, MYOT, PLEC, PNPLA2, POMGNT1, POMGNT2, POMK, POMT1, POMT2, RXYLT1, SGCA, SGCB, SGCD, SGCG, SMCHD1, TCAP, TK2, TNPO3, TOR1AIP1, TRAPPC11, TRIM32, TTN
<input type="radio"/> 03291.1	Inclusão de genes de evidências preliminares <i>Add-on preliminary-evidence genes</i>	7	KBTBD13, LIMS2, SUN1, SUN2, SYNE1, SYNE2, TMEM43
<input type="radio"/> 03304	Painel abrangente de distrofia muscular do cingulo dos membros Invitae <i>Invitae Limb-Girdle Muscular Dystrophy Panel</i>	37	ANO5, CAPN3, CAV3, DAG1, DES, DMD, DNAJB6, DYSF, FKRP, FKTN, GAA, GMPBB, GOSR2, HNRNPD1, ISPD, LAMA2, LMNA, MYOT, PLEC, PNPLA2, POMGNT1, POMGNT2, POMK, POMT1, POMT2, SGCA, SGCB, SGCD, SGCG, SMCHD1, TCAP, TK2, TNPO3, TOR1AIP1, TRAPPC11, TRIM32, TTN
<input type="radio"/> 03304.1	Inclusão de genes de evidências preliminares <i>Add-on preliminary-evidence genes</i>	2	KBTBD13, LIMS2
<input type="radio"/> 03301	Teste de distrofinopatias Invitae <i>Invitae Dystrophinopathies Test</i>	1	DMD
<input type="radio"/> 03245	Painel de Atrofia Muscular Espinhal da Invitae <i>Invitae Spinal Muscular Atrophy Panel</i>	1	SMN1, SMN2 - <i>sequenciamento e análise de deleção/duplicação</i> SMN1, SMN2 - <i>sequencing and deletion/duplication analysis</i>

PAINEL STAT – Instruções especiais: São aceitas apenas amostras de sangue, saliva e esfregaços bucais (não de DNA). Este painel possui um tempo de liberação de resultados de apenas 4 dias a partir da catalogação da amostra; os prazos dos laudos individuais podem variar. Se este painel for selecionado, não será possível fazer nova requisição.

STAT PANEL – Special instructions: Only blood, saliva and buccal swabs are accepted (no DNA). This panel has an accelerated turnaround time of 4 days from sample accessioning; individual reporting times may vary. If this panel is selected, a re-requisition is not available.

Código do teste Test code	Nome do teste Test name	Número de genes # of genes	Lista de genes Gene list
<input type="radio"/> 73000	Painel STAT de Atrofia Muscular Espinhal da Invitae <i>Invitae Spinal Muscular Atrophy STAT Panel</i>	1	SMN1, SMN2 - <i>somente análise de deleção/duplicação</i> SMN1, SMN2 - <i>deletion/duplication analysis only</i>

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 DISTROFIA MUSCULAR GLOBAL – Indique um teste abaixo para ser realizado:
DETECT MUSCULAR DYSTROPHY PROGRAM GLOBAL – Indicate one test below to be performed:
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"/> Filho ou filha Child <input type="radio"/> Irmão ou irmã Sibling <input type="radio"/> Outra: _____ Other: <input type="radio"/> Neto ou neta Grandchild	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 relatara 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.

*Observe que este programa não realiza testes para FSHD tipo 1, OPMD ou distrofia miotônica tipos 1 e 2. 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. *Please note this program does not test for FSHD Type 1, OPMD, or Myotonic Dystrophy Types 1 and 2. Invitae continually updates its panels based on the most recent evidence. If an order is placed using an outdated test requisition form, Invitae reserves the right to upgrade ordered tests to their current versions. Test IDs containing add-on codes will include the original panel as well as the add-on.

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)

CERTIFICATION OF ACCURACY

I certify, under penalty of perjury under the laws of the United States of America, that we are competent in English, Brazilian Portuguese, and that the content of the documents delivered together with this certification:

F272-P-3_Invitae_Detect_LSD_Flyer_8
F279-P-1_Invitae_MD_Flyer_22JUL19
F292-P-1_Detect_Cardio_Flyer_17SEP19
TRF956-P-4_Detect MD Program_reqform_06JAN21

are, to the best of our knowledge and belief, a correct, complete, and accurate translation of the content of the native documents provided for translation (for "Detect MDYS", this refers to circled content only):

F272-3_Invitae_Detect_LSD_Flyer_8.5x11_14JAN20
F279-1_Invitae_MD_Flyer_22JUL19
F292-1_Detect_Cardio_Flyer_17SEP19
Detect MDYS additional tests for Spanish & Portugese TRFs_2.18.21

including the content customizations requested by the client and specified in the Content Customization Form delivered together with this certification.

I further certify that our ISO 9001:2015, ISO 13485:2016, and ISO 17100:2015 certified compliant quality assurance process includes translation by a competent translator as well as review and verification by a second competent translator.

Certification Date: March 8, 2021



Dan Rairigh
PROJECT MANAGER
IDEM TRANSLATIONS, INC.