NutriMee

personalised diet & healthy weight management

PEDIDO DE TESTE GENÉTICO

Preencher de forma legível em LETRA MAIÚSCULA

ID

Identificação da Amostra

- Saliva**
(kits de colheita recomendados: Isohelix Saliva Collectors Kit, GF-01)
- Sangue**
(tubo 2ml hemograma com K₂ EDTA ou K₃ EDTA)
- DNA**
(mínimo 300ng a [35] ng/ul)

Data de colheita: DD/ MM/ AAAA

Resultados: PT EN ES

Identificação (obrigatória)

Nome:	Nr. Processo:	
Data de Nascimento:	Etnia:	Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
Morada:	Cód. Postal:	Cidade:
Telefone:	Email:	NIF:

Dados do Médico (obrigatória)

Nome:	
Entidade:	
Telefone:	Email:

Informação Complementar

Peso (kg):	Índice de Massa Corporal (IMC):	Relação Cintura-Anca (cm):
Fez dieta acompanhado (a) por um(a) nutricionista? ☐ S ☐ N		Tem tendência para petiscar? ☐ S ☐ N
Se sim , recuperou o peso perdido? ☐ S ☐ N		Se sim , antes ⁽¹⁾ ou depois ⁽²⁾ do jantar? ☐ 1 ☐ 2
Quantas horas de exercício pratica por semana? ☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ +7		Quantos cafés toma por dia? ☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ +4

CONSENTIMENTO INFORMADO (obrigatório)

Declaro que autorizo, de forma voluntária, a colheita do meu material biológico / do meu filho / da minha filha para a realização do teste genético anteriormente especificado. Declaro que me foi fornecida toda a informação necessária para a realização do mesmo e que compreendo as aplicações e limitações do teste genético prescrito. Tenho conhecimento e reconheço que serão implementadas medidas de protecção e de confidencialidade dos meus dados por tempo indeterminado. A qualquer momento, tenho direito a aceder, actualizar e/ou a eliminar os meus dados pessoais, mediante o envio de um e-mail para info@genetyca-icm.com.

Dou o meu consentimento expresso e autorizo que os meus dados pessoais e outras informações relevantes para o meu quadro clínico sejam transmitidas à [GENETYCA-ICM](#), para a realização do teste genético.

Autorizo que o material biológico e os dados complementares sejam utilizados em investigação, de forma anónima.

Local _____, Data: DD/ MM/ AAAA Assinatura: _____

Próprio/ Representante Legal

Local _____, Data: DD/ MM/ AAAA Assinatura: _____

Médico