

**Paciente**

Nome completo  masculino  feminino

CPF \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

Telefone e celular \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Médico**

Nome e sobrenome \_\_\_\_\_

Instituição e especialidade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefone e celular \_\_\_\_\_

Data da coleta do sangue DD / MM / AAAA \_\_\_\_\_

Volume total de 15 ml \_\_\_\_\_ Preencher no momento da coleta

**Diagnóstico**

O histórico médico abaixo melhora a interpretação personalizada do exame. Adicionalmente, um relatório médico em arquivo Word ou PDF pode ser enviado, junto com esse formulário para [exame@bioargo.com](mailto:exame@bioargo.com).

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Classificação do tumor

pT\_\_\_\_pN\_\_\_\_ M\_\_\_\_ R\_\_\_\_ER\_\_\_\_PR\_\_\_\_HER2/neu\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Recorrência: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Terapias:

1. Terapia: \_\_\_\_\_ início \_\_\_\_\_ fim \_\_\_\_\_

2. Terapia: \_\_\_\_\_ início \_\_\_\_\_ fim \_\_\_\_\_

Terapia atual: \_\_\_\_\_ início \_\_\_\_\_ fim programado \_\_\_\_\_

**Monitoramento**

**exame básico**  
maintrac® - contagem de células

antes do tratamento  durante  final do tratamento

durante a terapia hormonal  \_\_\_\_\_ meses após o término da terapia

**Diagnóstico específico do tumor**

(incluindo 1x contagem de células)

Mama (ER, PR, amplificação HER2/neu)

Próstata (PSA, PSMA, B7-H3, AR)

Pulmão (amplificação de EGFR)

Ovário (ER, PR, PLAP)

Melanoma (Melan A)

Estômago (HER2/neu, c-Kit)

Sarcoma (PLAP)

Glioblastoma (PLAP, EGFR)

Carcinoma de primário desconhecido (ACUP) Pré diferenciação de células maintrac (ER, PLAP, PSA/B7-H3, Melan A)

**Características relevantes da terapia**

(além da contagem de células)

HER2/neu-amplificação (FISH)

Amplificação de EGFR (FISH)

Detecção de apoptose - morte celular incipiente (TUNEL)

Receptor de estrogênio (ER)

Receptor de progesterona (PR)

Receptor androgênico (AR)

PSA (antígeno específico da próstata)

PSMA (antígeno de membrana específico da próstata)

B7-H3 (antígeno de superfície CD 276)

Fração de crescimento (Ki67)

Receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR)

Receptor 2 do fator de crescimento endotelial vascular (VEGFR2)

Receptor do fator de células-tronco (c-Kit)

PD-L1 (ligante de morte programada-1)

**stemtrac®**  
Esferas tumorais

**Células-tronco cancerígenas circulantes**  
Cultivo de esferas tumorais (células com propriedades de células-tronco) por um período de até 21 dias.

**NOVO**

## maintrac® Teste de Drogas (informe a dose diária do medicamento)

substância IV	dose diária	substância IV	dose diária	substância IV	dose diária
<input type="radio"/> Docetaxel		Helixor A <input type="radio"/> M <input type="radio"/> P <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Teste de combinação:	
<input type="radio"/> Paclitaxel		Iscador M <input type="radio"/> Q <input type="radio"/> U <input type="radio"/> P <input type="radio"/>			
<input type="radio"/> Ciclofosfamida		<input type="radio"/> Olifenol			
<input type="radio"/> Epirubicina		<input type="radio"/> Vitamina C			
<input type="radio"/> Doxorubicina		<input type="radio"/> Graviola		<input type="radio"/> Outras substâncias:	
<input type="radio"/> 5-Fluoruracil		<input type="radio"/> DCA (Dicloroacetato)			
<input type="radio"/> Gemcitabina		<input type="radio"/> Sulforafano			
<input type="radio"/> Vinorelbina		<input type="radio"/> Hipericina			
<input type="radio"/> Cisplatina		<input type="radio"/> Curcumina		<input type="radio"/> Teste de drogas sob hipertermia	dose diária temperatura
<input type="radio"/> Carboplatina		<input type="radio"/> Artesunato			
<input type="radio"/> Oxaliplatina		<input type="radio"/> Hipertermia (temperatura)			

## Outros testes de diagnóstico

Estado imunológico Subpopulação de linfócitos (células NK, monócitos)

**Trombotrac®** **Análise de risco de trombose** (laudos e exames laboratoriais)  
Muitas vezes há um risco aumentado de metástase com tumores.

Sob Consulta  
**Solicite o formulário de pedido**

Por favor, preencha o formulário de solicitação por completo e nos envie por e-mail ([exame@bioargo.com](mailto:exame@bioargo.com)) ou WhatsApp (+55 21 2621-5565).  
Adicionalmente, envie este formulário com a amostra. O resultado será recebido em 10 dias após a coleta.

### Informações sobre os testes e custos:

Eu fui totalmente informado sobre o(s) exame(s) pelo meu(minha) médico(a). Antes de autorizar o pagamento, eu serei totalmente informado sobre custo e forma de pagamento desse(s) teste(s). Tais custos serão pagos pelo responsável pelo pagamento, conforme abaixo, independente se existir reembolso do meu plano de saúde.

### Declaração de privacidade e isenção de confidencialidade:

Declaro o meu consentimento para que os meus dados pessoais e os meus dados de tratamento sejam recolhidos, armazenados, tratados e utilizados por via eletrônica e física, e para elaboração de nota fiscal e para cobrança. Para esse fim, libero expressamente de confidencialidade, meus médicos, o Laboratory Dr. Pachmann, a Bioargo Comercial LTDA, seus funcionários e representantes. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento.

Por motivos organizacionais, os resultados poderão ser enviados para o site e para o hub maintrac®, via caixa de resultados.

Como paciente, estou livre para visualizar meus arquivos de pacientes a qualquer momento e excluir meus dados, caso esses ainda estejam armazenados.

A(s) amostra(s) do meu sangue será(ão) enviada(s) para o Laboratory Dr. Pachmann em Bayreuth na Alemanha. Em função da logística de recebimento, as amostras são avaliadas. Pode ser que eu precise repetir a coleta de sangue ou que não exista a possibilidade de realização do exame em função do tempo máximo de recebimento (72 horas).

Data e assinatura do paciente

**Por favor, envie meus resultados de laboratório para:**  
(múltiplas respostas são possíveis):

- Para meu médico  por correios  por e-mail  
 Para mim  por correios  por e-mail

No caso de entrega digital:

E-mail do paciente (se diferente do informado acima): .....

E-mail do médico (se diferente do informado acima): .....

Data, carimbo e assinatura do médico

Data, assinatura do paciente

Avaliação dos meus dados para fins de pesquisa: Eu concordo que os dados do pedido e os resultados laboratoriais deste formulário sejam usados pela Spezielle Immunologie Forschung + Entwicklung GmbH, Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth, Laboratory Dr. Pachmann e Bioargo Comercial LTDA, em formato pseudônimo para fins de pesquisa. Este consentimento é voluntário e pode ser revogado a qualquer momento.

Data e assinatura do paciente

Por favor, adicionalmente, envie ao meu médico:

- Formulários de solicitação de laboratório  Formulários de solicitação do Trombotrac®  
 Material de informação sobre o maintrac®  Questionários do Trombotrac®  
 Caixas de coleta/remessa  2  5  10  15  20

## Responsável pelo pagamento

Primeiro nome **Preencha apenas se for diferente do paciente**

Sobrenome

CPF

Endereço

E-mail

Telefone e celular

Data e assinatura do responsável pelo pagamento