Solicitação de Pesquisa das Mutações da Hemocromatose Hereditária

Identificação do Paciente

Nome	Data de Nascimento
Sexo	Telefone (de contato)

Existem casos semelhantes na família?

☐ Sim
☐ Não

Se sim, qual o parentesco?

Mutações Detectadas em Familiares

Dados Clínicos

Ferritina Resultado

Exames Comprobatórios Conforme Diretriz de Utilização da ANS do Rol Vigente

Saturação de Transferrina

Resultado 1: % Data:

Resultado 1: % Data:

Telefone do Médico:

Data:

Assinatura e carimbo do médico assistente