|  |
| --- |
| **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 TransferrinaResultado 1:     % | Data:       |
| Resultado 1:     % | Data:       |
| Telefone do Médico:      Data:       | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e carimbo do médico assistente |