|  |  |
| --- | --- |
| **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 |