

Solicitação do exame de classificação molecular de nódulo de tireoide indeterminado | **MIR-THYPE**

## DADOS DO PACIENTE


Pode ser preenchido pelo paciente | Campos de preenchimento obrigatório\*

Nome completo*		CPF*
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Data de Nascimento*	Endereço*	CEP*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bairro	Cidade*	Estado*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(DDD) Telefone*	(DDD) Celular	E-mail*
( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )	<input type="text"/>

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Deve ser preenchido pelo médico solicitante | Campos de preenchimento obrigatório\*

Marque a localização do nódulo\*



**\*Preencha uma única solicitação por nódulo**  
*(caso queira investigar mais que um nódulo do mesmo paciente)*

Data da coleta da PAAF\*

Hospital, Clínica ou Laboratório onde foi realizada a análise citológica da PAAF\*

Paciente possui PAAF de mais de 1 nódulo?\*

☐ NÃO ☐ SIM (Especifique o ID/código/n° do nódulo que deve ser analisado): \_\_\_\_\_

Marque o diagnóstico da citologia da PAAF (Categoria de Bethesda) do nódulo a ser analisado\*:

☐ Bethesda categoria III (Atipia - ou lesão folicular - de significado indeterminado – AUS/FLUS)

☐ Bethesda categoria IV (Suspeito para Neoplasia Folicular ou de Células de Hürthle – FN/SFN)

☐ Bethesda categoria V (Suspeito para Malignidade - SUSP)

**ATENÇÃO:** Para realização do exame é OBRIGATÓRIO o envio de uma cópia do laudo original na íntegra com o resultado do exame citológico da PAAF. Caso o paciente tenha mais de um nódulo (ou mais de uma PAAF do mesmo nódulo) especifique acima a data e o mesmo ID/código/n° utilizado no laudo para identificar o nódulo que deve ser analisado.

## SOBRE O EXAME

O exame de classificação molecular de nódulo de tireoide indeterminado é indicado apenas para pacientes com nódulos de tireoide indeterminados, ou seja, que na análise citológica da(s) lâmina(s) de PAAF tiveram classificação no Sistema de Bethesda categorias III ou IV e, em casos selecionados V. O exame faz a análise do status mutacional do gene *BRAF* V600E e da região promotora do gene *TERT* C228T e C250T, marcadores de utilidade clínica diagnóstica e prognóstica. O exame analisa também um perfil de expressão de microRNAs e, através de um algoritmo proprietário, auxilia de forma acurada na classificação de nódulos de tireoide indeterminados avaliando o comportamento molecular da amostra para malignidade em “positivo” ou “negativo”. A performance da análise de microRNAs foi calculada com base em um estudo de validação<sup>1</sup> que comparou os resultados obtidos pelo exame utilizando o material genético extraído de amostras de lâminas de citologia de PAAF de pacientes com nódulos de tireoide indeterminados, com os resultados do exame histológico pós-cirúrgico dos mesmos nódulos (pelo consenso de pelo menos dois citopatologistas independentes). O algoritmo de classificação não foi treinado com amostras de nódulos de tireoide com classificação de Bethesda I, II ou VI ou de outros tipos de tumores e amostras biológicas. O exame também faz a análise isolada da expressão dos microRNAs miR-146b (biomarcador preditor de comportamento potencialmente mais agressivo em carcinoma papilífero) e miR-375 (biomarcador de carcinoma medular de tireoide). Os resultados obtidos com o uso deste exame devem ser interpretados em conjunto e no contexto com outros achados diagnósticos e clínicos para decisão sobre a conduta médica/clínica a ser seguida, especialmente sobre a necessidade ou não de qualquer procedimento cirúrgico, incluindo a extensão cirúrgica e a remoção total ou parcial da glândula tireoide. Os resultados obtidos com o uso deste exame são relevantes apenas para o nódulo que foi analisado.


Referência: 1- Santos MT, Buzolin AL, Gama RR, et al. 2018. *Thyroid* 28(12): 1618-1626.Link para download: <http://doi.org/10.1089/thy.2018.0254>

## MÉDICO SOLICITANTE

Deve ser preenchido pelo médico solicitante | Campos de preenchimento obrigatório\*

Nome completo*		CRM*	Estado do CRM*
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço Profissional*	CEP*	Cidade*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Especialidade*			
<input type="radio"/> Endocrinologia <input type="radio"/> (Cito)Patologia <input type="radio"/> Cirurgia de Cabeça e Pescoço	<input type="radio"/> Radiologia <input type="radio"/> Medicina Nuclear <input type="radio"/> Outra (Especifique): _____	<input type="radio"/> Ginecologia <input type="radio"/> Oncologia	
(DDD) Celular*	E-mail para envio do laudo final*		
( <input type="text"/> )	<input type="text"/>		

## ASSINATURA E CARIMBO COM CRM


 Ciente e solicito o exame **MIR-THYPE** para o paciente acima especificado

## Atendimento ao Paciente:

WhatsApp (16) 9.9700-4265 • onkos@onkos.com.br • www.onkos.com.br/mir-thype