

### 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 2: %

Data:

Telefone do Médico:

Data:

Assinatura e carimbo do médico assistente