

Utente

Nome _____

Data de nascimento _____

Género feminino masculino

E-mail _____

Tel. _____

Requerente

Nome _____

 Médico Nutricionista Outro _____

E-mail _____

Tel. _____

Amostra

Data da colheita _____

Método de colheita Kit GutHealth Premium Outro**Informação Clínica**Tomou antibiótico nos últimos 3 meses? Sim Não Não seiTomou probiótico nos últimos 3 meses? Sim Não Não sei

Tem alguma das seguintes patologias?

Se sim, assinale com uma cruz todas as que lhe tenham sido diagnosticadas.

 Diabetes tipo 2 Hipertensão Dislipidemia
(colesterol ou triglicéridos elevados) Fígado gordo Síndrome do intestino irritável Doença Inflamatória Intestinal
(ex: Doença de Crohn, Colite ulcerosa) Proliferação bacteriana excessiva no intestino delgado (SIBO) Infecção por Clostridium difficile**Consentimento Informado**

Autorizo a realização do teste acima indicado sobre o qual fui previamente esclarecido de forma clara e objectiva sobre a aplicação e limitações do mesmo. Autorizo que os dados constantes deste formulário sejam registados e tratados apenas por profissionais devidamente autorizados garantindo a protecção e confidencialidade de acordo com a lei em vigor. Fui informado sobre o meu direito em revogar o consentimento em qualquer altura sem necessidade de justificação, enviando um e-mail.

Assinatura do Utente _____
(ou de representante legal, se menor ou incapaz)