

Conteúdo do kit de teste

Comece identificando esses nove elementos do seu kit de teste.

Saco plástico contendo: 4 tubos de saliva codificados por cores (Rosa, Verde, Laranja, Azul) e 4 canudos

Formulário de requisição de teste

Caixa do kit de teste

Pesquisa do paciente

Resfriador isolado com tampa

Bolsa de gelo

Pacote de envio ao laboratório

Folha de embalagem absorvente

Preparando-se para o seu teste

- **Importante: não interrompa nenhum medicamento ou suplemento sem primeiro consultar seu médico.** Use a tabela de Recomendações Específicas como um guia para discutir com seu médico.
- **Por favor, leia todas as instruções cuidadosamente.**
- **Coloque a bolsa de gelo plana em seu freezer**, para que esteja pronta para ser enviada com sua amostra.
- **Colete a saliva em um dia determinado por você e seu médico**, considerando a tabela de recomendações.
- **Localize e preencha a folha de código de barras em seu kit de teste.** Coloque um adesivo de código no lado transparente do saco plástico. Certifique-se de que as informações estejam legíveis e incluam a data da coleta e que o nome corresponda ao que foi fornecido no pedido do teste.
- **Preencha a pesquisa do paciente** incluída no pacote do kit de teste.
- **Encontre um local limpo e seco para coletar suas amostras** ao longo do dia, de preferência com acesso a uma pia e um espelho.

Para pacientes residentes nos Estados Unidos:

Coletar sua amostra de **segunda a quinta-feira** é importante para que a amostra chegue ao nosso laboratório antes do fim de semana.

Para pacientes residentes fora dos Estados Unidos:

Colete e envie sua amostra em uma **segunda ou terça-feira**.

Recomendações específicas

Se você usa atualmente:	Ação requerida:
Hormônios tópicos (cremes)	A última dose antes da coleta deve ser tomada e descontinuada 12 a 24 horas antes da primeira coleta de saliva. Não aplique hormônios tópicos durante todo o dia da coleta de saliva, pois isso contaminará sua amostra.
Terapia hormonal sublingual	A última dose antes da coleta deve ser tomada e descontinuada 24 a 36 horas antes da primeira coleta de saliva. Beba dois 8 copos de 240 ml de água imediatamente após tomar a última dose. Não aplique hormônios sublinguais durante todo o dia da coleta de saliva, pois isso contaminará sua amostra.
Hormônios orais (pílulas ou comprimidos)	Não há restrições. Use conforme prescrito mesmo no dia da coleta.
Injeções hormonais, pastilhas subcutâneas e adesivos transdérmicos	Cronometre sua coleta para o ponto intermediário entre as doses ou injeções. Por exemplo, se você receber sua injeção no primeiro dia de cada mês, programe seu teste para os dias 14, 15, 16 ou 17 do mês.
Suplementação de cortisol ou glicocorticóide Incluindo cremes de hidrocortisona, pílulas antiinflamatórias esteroides, inaladores para asma	Consulte seu médico para obter instruções se estiver tomando um suplemento de cortisol para suporte adrenal (ou qualquer outro glicocorticóide por motivos médicos). Certos medicamentos, incluindo cremes de hidrocortisona e inaladores para asma, contêm cortisol. Para avaliar sua produção natural de cortisol, é recomendável interromper o uso de produtos que contenham cortisol 5 dias antes da coleta da amostra. Consulte seu médico antes de interromper o(s) medicamento(s) contendo cortisol.
DIU para controle de natalidade	Não há restrições. Colete em qualquer dia adequado à sua programação.
Vitaminas ou outros suplementos	Não tome no dia da coleta até que você tenha completado todas as quatro amostras.
Mulheres com ciclos menstruais	Colete 1 dia durante os dias 19 a 23 de um ciclo de 28 dias, contando o primeiro dia da menstruação como dia 1.
Mulheres pós-menopáusicas Mulheres que fizeram histerectomia Homens que não tomam hormônios Somente perfis de função adrenal (cortisol, sigA e/ou DHEA) Mulheres c/ DIU hormonal *e sem ciclo)	Colete em qualquer dia do mês. Se você estiver tomando hormônios ou tomando suplementos de cortisol e/ou melatonina, leia as recomendações mencionadas acima.

Antes de fazer seu teste

- A primeira coleta de saliva DEVE ser 30 minutos após acordar. Se necessário, coloque um despertador.
- Não:
 - Tome quaisquer suplementos até depois de ter coletado todas as quatro amostras.
 - Coma ou beba qualquer coisa 1 hora antes da coleta de saliva.
 - Escove, use fio dental ou faça um tratamento dentário 30 minutos antes da coleta.
 - Consuma alimentos ou bebidas que contenham cafeína durante todo o dia.
 - Use qualquer creme "antienvhecimento".
- Antes de cada coleta de saliva, lave as mãos e enxágue a boca com água, mas aguarde 10 minutos para coletar sua amostra de saliva (para evitar diluição).
- O uso de cosméticos é permitido.

Vamos começar

1. Colete a saliva em um dia determinado por você e seu médico. Todas as 4 amostras de saliva devem ser coletadas em um dia. Os tubos de coleta são codificados por cores.
 - Você pode usar os canudos incluídos para ajudar a canalizar a saliva para dentro de cada tubo (opcional). Descarte os canudos antes do envio.
2. Colete a amostra, cada tubo deve estar 3/4 cheio. Bolhas ou espuma são aceitáveis.



1 Coleta de antes do café da manhã no **TUBO ROSA (PÓS 30min)**
Colete 30 minutos após acordar (coloque um despertador)

2 Coleta de antes do almoço no **TUBO VERDE (MEIO-DIA)**

3 Coleta de antes do jantar no **TUBO LARANJA (FIM DE TARDE)**

4 Coleta de antes de dormir no **TUBO AZUL (NOITE)**

3. Após cada coleta de saliva, feche bem o tubo de saliva. Coloque a amostra imediatamente no congelador. A amostra deve ser congelada por pelo menos 4 a 6 horas antes do envio.
4. Registre a data e os horários de cada coleta no saco.

Preparando a amostra para enviar

1. Certifique-se de que a etiqueta de código de barras colocada no saco plástico foi preenchida e corresponde ao pedido de teste (ou Formulário de Requisição de Teste).
2. Tire os tubos congelados e o pacote de gelo do freezer e coloque-os no saco plástico junto com a folha de embalagem absorvente e lacre.
3. Coloque o saco plástico no refrigerador isolado com tampa. Coloque a tampa no refrigerador e coloque na caixa do kit.

4. Coloque o Questionário do Paciente e o Formulário de Requisição de Teste em papel (se você não se registrou on-line) na caixa do kit e feche, em seguida, coloque a caixa no pacote de envio ao laboratório.
5. Localize o cartão de instruções de remessa incluído em seu kit de teste para obter detalhes sobre como enviar sua(s) coleta(s).

Certifique-se de que todas as amostras estejam rotuladas. Amostras não rotuladas serão rejeitadas.

O que acontece em seguida?

Os resultados do seu teste serão entregues ao seu médico ou consultor de saúde geralmente dentro de duas semanas após serem recebidos nos laboratórios da Mosaic Diagnostics.

Cabrá ao seu médico revisar os resultados com você, identificar quaisquer áreas de interesse ou preocupação e trabalhar com você para definir as próximas etapas apropriadas.

Alguma pergunta?

Se você tiver dúvidas sobre qualquer aspecto da coleta de amostras ou do processo de envio, sinta-se à vontade para entrar em contato conosco:

Telefone | Nossa prestativa equipe de atendimento ao cliente está disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h CST, no número 800-288-0383

E-mail | CustomerService@MosaicDX.com

Para perguntas sobre resultados de testes ou suas implicações para sua saúde, fale com seu médico ou consultor de saúde e bem-estar. O pessoal da Mosaic Diagnostics não pode discutir os resultados do teste diretamente com os pacientes do teste ou seus familiares.

AA MOSAIC
DIAGNOSTICS
Previamente conhecida como Great Plains Laboratory

Nome _____ Inicial do meio _____ Sobrenome _____ Data de nascimento (DD/MM/AA) _____

Sintomas: indique os sintomas que você está sentindo, preenchendo as caixas da seguinte forma: **0 = nenhum, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave**

Certifique-se de preencher completamente a caixa com tinta preta ou azul. Exemplo: Correto Incorreto

TODOS OS INDIVÍDUOS

0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificuldade de concentração	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fadiga noturna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Controle de impulso fraco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ondas de calor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensação de esgotamento
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquecimento aumentado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupação excessiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamento obsessivo (TOC)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suor noturno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Músculos doloridos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pensamento nebuloso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamento viciante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupações com infertilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maior dor nas juntas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Choro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dor no pescoço ou nas costas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depressivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resistência diminuída	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bócio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Queda de cabelo no couro cabeludo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perda óssea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mudanças de humor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motivação diminuída	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Temperatura corporal fria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganho de Peso - Quadril	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afinamento da pele
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retenção de Líquidos/Inchaço	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rouquidão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganho de Peso - Cintura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Envelhecimento rápido
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zumbido nos ouvidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cabelos secos ou quebradiços	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dores
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unhas frágeis ou quebradiças	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Triglicerídeos elevados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SCI
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irritável	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dores de cabeça/enxaquecas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulsação mais lenta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminuição da Libido	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervoso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tonturas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Batimento cardíaco acelerado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminuição do tamanho do músculo	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nitidez mental diminuída	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desejo de comer açúcar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coração agitado/palpitações	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminuição da flexibilidade	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fadiga Matinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desejo de comida, álcool, tabaco ou outro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinência		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fadiga vespertina				

USO DE AMINOÁCIDOS OU OUTROS MEDICAMENTOS

Indique se você tomou algum dos seguintes no período de tempo indicado:

	Menos de 12 horas	12 a 36 horas	36 horas a 2 semanas
5-HTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GABA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glutamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenilalanina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenetilamina (PEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAMe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teanina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triptofano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirosina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos contendo epinefrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOMENTE MULHERES

0 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secura vaginal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menstruações irregulares	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Miomas uterinos	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seios sensíveis	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seios fibrocísticos	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento de pelos faciais/corporais	

SOMENTE HOMENS

0 1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diminuição do fluxo de urina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento do fluxo de urina	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de próstata	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ereções reduzidas	

ESTE ESPAÇO APENAS PARA USO DO LABORATÓRIO

12/21

