
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTE GENÉTICO

Nome completo do(a) paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____

Nome do(a) responsável (se necessário): _____

Grau de parentesco (entre responsável e paciente): _____

CPF do(a) responsável: _____

Teste genético: _____

1. Compreendo que a coleta da amostra de material biológico, para realização do teste solicitado, será por um procedimento de baixo risco.
2. O exame em questão pode detectar mutações em regiões gênicas não incluídas no teste. Além disso, o exame pode ou não detectar grandes deleções ou duplicações e alterações estruturais, como translocações e inversões.
3. Os exames com análise de grandes deleções e duplicações gênicas não detectam variantes pontuais e pequenas deleções ou duplicações em regiões de éxons, promotoras e de íntrons.
4. A fim de garantir a precisão dos resultados deve-se, antes da realização do exame, declarar o vínculo biológico verdadeiro dos membros da família envolvidos no estudo.
5. Compreendo que a análise realizada para o exame em questão é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.
6. Os resultados são confidenciais e o laudo será disponibilizado para mim e para o médico solicitante. A divulgação será realizada para outros médicos com meu consentimento escrito.
7. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.

8. Além de informações apropriadas ao quadro clínico atual, achados extras podem ser relatados no laudo.

9. O laudo é liberado em conformidade com o conhecimento científico atual. A análise dos dados e resultados podem mudar no futuro, com o avanço do conhecimento médico ou melhoria das ferramentas de análise de dados.

Minha assinatura abaixo caracteriza que compreendi distintamente todas as informações apresentadas neste documento, e estou de acordo em realizar o teste genético.

Paciente ou Responsável

Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO – EXAMES GENÉTICOS

*Todos os dados são imprescindíveis. As informações obtidas neste questionário são

indispensáveis para a execução e interpretação correta dos resultados obtidos. Pedimos que todos os campos sejam preenchidos (caso existam resultados relacionados, solicitamos que os mesmos sejam anexados a este questionário).

Dados do solicitante

Clínica/Hospital: _____

Nome completo: _____

E-mail: _____

CRM: _____ Telefone: () _____

Data da solicitação: ____/____/____

Dados da amostra

Data da coleta: ____/____/____

Tipo de amostra: _____

Dados do paciente

Nome completo: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino

Telefone () _____

E-mail: _____

Dados clínicos

Suspeita clínica

Sintomas clínicos relevantes:

Antecedentes familiares (informar o grau de parentesco):
