

TERMO E QUESTIONÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO (SNP/CGH-ARRAY)

TEQ TER 031 V001

Este questionário deve ser **completamente** preenchido para evitar atrasos na liberação do exame

Informações clínicas

Complete as informações abaixo sobre o paciente submetido ao teste. Se sua resposta for "SIM" para qualquer item, por favor, forneça uma descrição adicional (por exemplo, se responder "sim" em "malformação dos membros", descreva o tipo de anormalidade e em qual membro; se responder "sim" em "crescimento anormal", descreva o percentil do parâmetro de estatura, etc). Forneça também um resumo da história clínica e um pedigree (isto deve ser fornecido pelo médico que solicitou o exame). Estas informações são importantes para auxiliar na interpretação dos resultados do teste SNP/CGH-ARRAY. Recomenda-se que as informações sejam preenchidas com o auxílio de um médico.

Médico: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

	SIM	Descrição	NÃO	Desconhecido
Prematuridade				
Restrição de crescimento intrauterino				
Atraso de marcos motores				
Atraso desenvolvimento linguagem				
Regressão neurológica				
Autismo / Espectro Autista				
Deficiência Intelectual				
Perda de audição				
Hipotonia				
Hipertonia / Espasticidade				
Convulsões				
Ataxia				
Movimentos anormais				
Dismorfismos				
Baixa estatura				
Alta estatura				
Microcefalia				
Macrocefalia				
Hiperextensibilidade				
Contraturas nas articulações				
Obesidade / Crescimento anormal				
Alterações estruturais de SNC				
Malformações oculares				
Perda de visão				
Problemas cardíacos congênitos				
Alterações renais				
Alterações esqueléticas				
Escoliose				
Malformação dos membros				
Alterações de pele				
Alterações de genitália				
Organomegalia				
Hemi-hipertrofia				
Câncer / tumores				

Informações adicionais

Heredograma

Termo de consentimento

Eu entendo que uma amostra do meu sangue ou saliva será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu compreendo que as amostras para diagnóstico serão utilizadas com o propósito de determinar se eu sou portador de uma alteração genética, ou apresento risco aumentado para esta condição genética. Eu compreendo que: (1) A análise de DNA realizada é específica para a condição especificada. (2) Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a utilidade do teste. Os testes não são considerados pesquisa, mas são considerados como o melhor e o mais novo serviço disponível. Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente ou que uma falha possa ocorrer. A taxa de erros é muito baixa, algo em torno de 1 em 1.000 amostras. Minha assinatura abaixo reconhece minha participação voluntária neste teste, mas de nenhuma forma libera o laboratório e seus funcionários de sua responsabilidade ética em relação a mim. O laboratório zela pela privacidade e proteção de dados pessoais de seus clientes e cumpre a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) ("LGPD"), tratando dados pessoais de forma legítima e com as medidas de segurança adequadas. (3) Em alguns casos, pode ser necessário que o laboratório realize nova análise nas amostras de DNA utilizando métodos novos e aperfeiçoados. No entanto, eu entendo que o laboratório não é um serviço de estocagem de DNA e minha amostra de DNA pode não estar disponível para estudos clínicos futuros. (4) Esta amostra será utilizada somente para o teste solicitado. Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser tornadas anônimas (remoção de todos os identificadores) e usadas como amostras-controle ou em pesquisa. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

Assinatura do paciente ou responsável

Informações do paciente

Nome: _____

RG/CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino () Não definido

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Data de coleta: ____/____/____ Material coletado: _____

Ancestralidade

- () Afro-Americano () Asiático () Judeu Asquenaze
() Caucasiano Europeu () Indígena () Hispânico
() Outros especificar: _____

Teste para: () Suspeita Diagnóstica () Detecção de portador

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

- () Não
() Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc...) _____

Você ou alguém da sua família já realizou esse exame antes?

- () Não
() Sim. Se sim, é necessário especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo