QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TESTES GENÉTICOS

Dados da Solicitação

Cliente: _____ Código: _____

Exame: _____ Código: _____

Material (Sangue, LCR, DNA,Saliva, outros): _____

Data de envio da amostra: _____/_____/_____ Data da coleta: _____/_____/_____

Nome do Médico: _____

Telefone: _____ CRM: _____

Dados do Paciente

Nome: _____ CPF: _____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data de Nascimento: _____/_____/_____

Suspeita Clínica:

_____
_____
_____
_____
_____

Antecedentes Familiares (especificar parentesco):

_____
_____
_____
_____
_____

Principais sintomas clínicos:

_____
_____
_____
_____
_____

ISO 9001
Sistema Nacional de Acreditação DICQ
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade
Controllab

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu_____, através deste consentimento concordo que seja realizada uma análise laboratorial que visa analisar o meu material genético para fins diagnósticos (ou de pessoa sob minha guarda). Tenho ciência de que o teste realizado é específico para_____. Testes para condições genéticas podem ser complexos e dessa maneira, caso necessite uma melhor compreensão deste resultado procurarei o auxílio de um aconselhador genético para entender os riscos e benefícios destes achados. Entendo que, devido às limitações da tecnologia e conhecimento incompleto da ação do gene, algumas alterações podem não ser detectadas e que há a possibilidade de que eu seja portador de uma alteração genética, mesmo frente a um resultado negativo. A acurácia dos testes de DNA, para doenças genéticas, depende de dados corretos da história pessoal e familiar e a inter-relação dos membros envolvidos da família. Um resultado positivo é uma indicação de predisposição ou presença de uma doença específica e que estudos posteriores serão necessários para confirmação destes achados. Devido à complexidade dos testes genéticos e as importantes implicações dos seus resultados, os relatórios finais serão enviados confidencialmente exclusivamente para o médico ou aconselhador genético ou pessoa designada por mim. Eu entendo que a (s) amostra (s) obtida (s) será (ão) utilizada (s) exclusivamente para o estudo solicitado. Caso eu não opte em liberar a amostra de DNA para estudo de pesquisa, entendo que ele será destruído imediatamente após uso no processamento do teste.

_____
Assinatura do Paciente

RG:_____ Data_____/_____/_____

ISO 9001
Sistema Nacional de Acreditação DICQ
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade
Controllab