R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123

CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

QUESTIONÁRIO PARA TESTE GENÉTICO

DADOS SOLICITADOS

Exame/código:_____
Material (sangue, LCR, DNA, saliva, outros):_____
Data de envio da amostra:_____/_____/_____ Data de Coleta: _____/_____/_____
Nome do médico:_____
Tel:_____ CRM:_____

DADOS DO PACIENTE

Nome:_____ Data: _____/_____/_____
Sexo: ( )Masculino ( )Feminino ( )Indeterminado

Suspeita clínica:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Antecedentes familiares (especificar parentesco):_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Principais sintomas clínicos:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Cliente: _____ Cód.:_____
Exame: _____ Cód.:_____
Nome do Paciente: _____
CPF:_____ Data de Nascimento: _____/_____/_____
Dados de interesse: _____
_____

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 especifico 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 especifica 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) utilizadas 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 da paciente	RG	Data da solicitação