

## **QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS**

## **DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Exame/código:					
Material (sangue, LCR, DNA, saliva, outros):					
Data de envio da amostra://	Data	da	coleta:	/_	/
Nome do médico:					
Tel.: CRM:					
DADOS DO PACIENTE					
Nome			Data	,	,
Nome:			Data:	/	/
Sexo: Masculino Feminino Indeterminado					
Suspeita clínica:					
`a					
Antecedentes familiares (especificar parentesco):					
*					
Principais sintomas clínicos:					
2					

ISO









## **QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS**

## **CONSENTIMENTO DO PACIENTE**

Cliente:	Cod:				
Exame:	Cod:				
Nome do paciente:					
CPF:	Data de nascimento://				
	CONSENTIMENTO INFORMADO				
Eu	, através deste consentimento concordo que seja realizad				
	eu material genético para fins diagnósticos (ou de pessoa sob minha guarda				
•	ico para				
	complexos e dessa maneira, caso necessite uma melhor compreensão dest dor genético para entender os riscos e benefícios destes achados.				
	a e conhecimento incompleto da ação do gene, algumas alterações podem nã le eu seja portador de uma alteração genética, mesmo frente a um resultad				
A acurácia dos testes de DNA, para doenças ger dos membros envolvidos da família.	éticas, depende de dados corretos da história pessoal e familiar e a inter-relaçã				
Um resultado positivo é uma indicação de predinecessários para confirmação destes achados.	sposição ou presença de uma doença especifica e que estudos posteriores serã				
-	e as importantes implicações dos seus resultados, os relatórios finais serã ra o médico ou aconselhador genético ou pessoa designada por mim.				
•	ão) utilizadas exclusivamente para o estudo solicitado. Caso eu não opte en isa, entendo que ele será destruído imediatamente após uso no processament				
Assimatives do se significant	DC Date do Call 11 7				
Assinatura do paciente	RG Data da Solicitação				

IMP.STE.0010/00

Página 2 de 2







