

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO - LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA**

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu entendo que uma amostra de meu sangue 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. (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) Devido à complexidade dos testes de DNA e às importantes implicações dos resultados destes testes, os resultados serão divulgados somente para mim, através de meu médico ou do geneticista que solicitou o teste. Os resultados são confidenciais; eles somente serão liberados para outros profissionais médicos ou para terceiros mediante meu consentimento escrito. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. (5) 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.

- Nome do paciente:

---

Telefones para contato: residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Declaração do médico ou geneticista: Eu expliquei o teste de DNA para esta pessoa. Eu mencionei as limitações descritas acima, e respondi às perguntas que me foram feitas.

- Nome do exame solicitado: \_\_\_\_\_

- Nome do médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico solicitante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

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

Qual a ancestralidade do paciente?

\_\_\_\_\_

Descreva os principais sintomas clínicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?**

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

( ) Não

**Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?**

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

( ) Não

**FAVOR PREENCHER O QUESTIONÁRIO ABAIXO APENAS PARA OS**  
**TESTES GENÉTICOS DE CÂNCER**

**HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE:**

( ) Nenhum

( ) Câncer de mama invasivo ( ) bilateral idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de mama in situ ( ) bilateral idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de ovário idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de intestino idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Adenomas intestinais N° de adenomas: \_\_\_\_\_  
idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de endométrio idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Outro tipo de câncer: \_\_\_\_\_  
idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER:**

( ) Nenhum

**Abaixo indicar os casos de câncer na família, se houver, com as informações solicitadas:**

**Grau de parentesco Materno Paterno Localização do câncer Idade de diagnóstico**

_____	( ) ( )	_____
_____	( ) ( )	_____
_____	( ) ( )	_____
_____	( ) ( )	_____
_____	( ) ( )	_____
_____	( ) ( )	_____