

# Formulário de Cadastro e Termo de Consentimento

## Importante:

- As respostas a seguir podem influenciar as informações que irão constar no seu laudo. Portanto, responda às perguntas com atenção.
- Recomendamos que o formulário seja preenchido em conjunto com o profissional da saúde solicitante.
- O profissional da saúde deverá assinar e carimbar este formulário ou, caso você possua a requisição do exame, deverá enviá-lo junto ao formulário.
- Os campos assinalados com (\*) são de preenchimento obrigatório.

## \*Motivo da solicitação:

Apoio diagnóstico: qual é a suspeita clínica?

---

---

---

---

---

---

---

Acompanhamento de terapia: a que momento da terapia/tratamento a amostra coletada refere-se?

Antes  Durante  Depois

Descreva brevemente a terapia adotada:

---

---

---

Outro. Descreva:

---

---

---

## Dados da solicitação:

\*Data da solicitação: \_\_\_\_\_ \*Nome do profissional solicitante: \_\_\_\_\_

\*Tipo e Nº conselho: \*( ) CRM: \_\_\_\_\_ \*( ) CRN: \_\_\_\_\_

\*Especialidade: \_\_\_\_\_

Declaro que expliquei o significado e implicações do exame Microbioma Intestinal ao paciente ou responsável.

Assinatura e carimbo do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

## Dados do paciente:

\*Nome do paciente: \_\_\_\_\_ \*Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ \*CPF: \_\_\_\_\_ Outro documento, especifique: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

\*Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ \*Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

\*Endereço

\*Rua: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

\*Cidade: \_\_\_\_\_ \*Estado (UF): \_\_\_\_\_ \*CEP: \_\_\_\_\_ \*E-mail: \_\_\_\_\_

\*Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_\_

Gordura corporal (%): \_\_\_\_\_ Método: \_\_\_\_\_

Circunferência abdominal (cm): \_\_\_\_\_ Circunferência do quadril (cm): \_\_\_\_\_

## Dados do Representante legal quando menor ou incapaz:

\*Nome do representante legal: \_\_\_\_\_ \*Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

\*Relação com o Representado (mãe, pai, tutor): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ \*CPF: \_\_\_\_\_ Outro documento, especifique: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

\*Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

\*Endereço

\*Rua: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ \*Cidade: \_\_\_\_\_

\*Estado (UF): \_\_\_\_\_ \*CEP: \_\_\_\_\_ \*E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

## Dados da coleta:

\*Data da coleta da amostra: \_\_\_\_\_

\*A amostra coletada foi de:

Fezes recém-emitidas

Bolsa de colostomia

Fralda

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Você já realizou o exame Microbioma antes?  Não  Sim. Quando? \_\_\_\_\_

SODASA | REQ06521 - Termo de consentimento e questionário para exame de Microbioma intestinal | Versão: 7.0

## Estado de saúde:

Assinale abaixo quais sintomas gastrointestinais que você possui atualmente e há quanto tempo iniciaram:

- Sensibilidade abdominal, desde/há: \_\_\_\_\_
- Dor abdominal, desde/há: \_\_\_\_\_
- Distensão abdominal, desde/há: \_\_\_\_\_
- Flatulência, desde/há: \_\_\_\_\_
- Constipação (fezes endurecidas, trânsito intestinal lento), desde/há: \_\_\_\_\_
- Diarreia (fezes pastosas ou líquidas), desde/há: \_\_\_\_\_
- Alteração de cor das fezes, desde/há: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_
- Náusea, desde/há: \_\_\_\_\_
- Vômito, desde/há: \_\_\_\_\_
- Eructação (arrotos), desde/há: \_\_\_\_\_

Há algum sintoma que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatado?  
Se sim, descreva abaixo o sintoma e sua data de início.

---

---

---

---

Assinale abaixo qual formato as suas fezes normalmente se assemelham:

- Tipo 1** Pedacos separados, duros como amendoim.
- Tipo 2** Forma de salsicha, mas segmentada.
- Tipo 3** Forma de salsicha, mas com fendas na superfície.
- Tipo 4** Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole.
- Tipo 5** Pedacos moles, mas contornos nítidos.
- Tipo 6** Pedacos aerados, contornos esgarçados.
- Tipo 7** Aquosa, sem peças sólidas.

Você gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o formato das suas fezes?

---

---

## Estado de saúde:

**Assinale se você possui o diagnóstico de alguma das condições abaixo e, em caso positivo, quando essa condição foi diagnosticada (mês/ano):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Intolerância à lactose ( __/ __ )                | <input type="radio"/> Endometriose ( __/ __ )                              |
| <input type="radio"/> Sensibilidade não celíaca ao glúten ( __/ __ )   | <input type="radio"/> Síndrome do Ovário Policístico ( __/ __ )            |
| <input type="radio"/> Doença celíaca ( __/ __ )                        | <input type="radio"/> Câncer ( __/ __ ) Tipo: _____                        |
| <input type="radio"/> Síndrome do Intestino Irritável ( __/ __ )       | <input type="radio"/> Doença da tireoide ( __/ __ ) Tipo: _____            |
| <input type="radio"/> Doença de Crohn ( __/ __ )                       | <input type="radio"/> Diabetes tipo ( __ ) 1 ou ( __ ) 2 ( __/ __ )        |
| <input type="radio"/> Colite ulcerativa ( __/ __ )                     | <input type="radio"/> Depressão ( __/ __ )                                 |
| <input type="radio"/> Gastrite ( __/ __ )                              | <input type="radio"/> Transtorno de ansiedade ( __/ __ )                   |
| <input type="radio"/> Hepatite ( __/ __ )                              | <input type="radio"/> Transtorno do espectro autista ( __/ __ )            |
| <input type="radio"/> Cirrose hepática ( __/ __ )                      | <input type="radio"/> Doenças neurodegenerativas ( __/ __ ) Tipo: _____    |
| <input type="radio"/> Síndrome Metabólica ( __/ __ )                   | <input type="radio"/> Transtorno alimentar restritivo evitativo ( __/ __ ) |
| <input type="radio"/> Doença hepática gordurosa ( __/ __ )             | <input type="radio"/> Transtornos de alimentação ( __/ __ ) Tipo: _____    |
| <input type="radio"/> Dislipidemia ( __/ __ )                          | <input type="radio"/> Doenças reumatológicas ( __/ __ ) Tipo: _____        |
| <input type="radio"/> Hipertrigliceridemia ( __/ __ )                  | <input type="radio"/> Esclerose múltipla ( __/ __ )                        |
| <input type="radio"/> Hipertensão arterial sistêmica ( __/ __ )        | <input type="radio"/> Psoríase ( __/ __ )                                  |
| <input type="radio"/> Doença aterosclerótica cardiovascular ( __/ __ ) | <input type="radio"/> Asma ( __/ __ )                                      |
| <input type="radio"/> Doença renal crônica ( __/ __ )                  | <input type="radio"/> Dermatite Atópica ( __/ __ )                         |

Há alguma condição diagnosticada que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatada?  
Se sim, descreva abaixo a condição e a data de diagnóstico.

---

---

---

---

**Você pratica exercícios físicos?**

- Não  Sim. Especifique o tipo e a frequência: \_\_\_\_\_

**Você foi hospitalizado recentemente?**

- Não  Sim, em: \_\_/\_\_/\_\_ com duração de \_\_\_\_\_ dias.

**Você é fumante?**

- Não  Sim, desde/há: \_\_\_\_\_

**Você passou por alguma mudança de estilo de vida recentemente? Por exemplo: mudança na dieta, mudança no peso, realização de cirurgia bariátrica, prática de exercícios físicos?**

- Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

## Medicamentos e terapias

**Você está utilizando alguma das seguintes terapias?**

Probióticos

Não  Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: \_\_\_\_\_

Prebióticos

Não  Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: \_\_\_\_\_

**Assinale abaixo se você fez uso de alguma das seguintes terapias medicamentosas no último mês:**

Antibiótico

Não  Sim. Descreva o(s) nome(s): \_\_\_\_\_

Quimioterápico

Não  Sim. Descreva o(s) nome(s): \_\_\_\_\_

Imunoterápico

Não  Sim. Descreva o(s) nome(s): \_\_\_\_\_

Metformina

Não  Sim.

Inibidores da bomba de prótons (Omeprazol, por exemplo)

Não  Sim. Descreva o(s) nome(s): \_\_\_\_\_

No último mês, você fez uso de algum medicamento que não consta nos itens acima?  
Se sim, descreva abaixo o(s) medicamento(s) utilizado(s) e a data de início de seu uso.

---

---

---

## Informações nutricionais

**Você faz alguma dieta específica?**  Não  Sim. Qual?

- |                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="radio"/> Vegana       | <input type="radio"/> Cetogênica         | <input type="radio"/> Restrição de glúten  | <input type="radio"/> Dieta enteral: _____ |
| <input type="radio"/> Vegetariana  | <input type="radio"/> Low Carb           | <input type="radio"/> Restrição de lactose | <input type="radio"/> Dieta parenteral     |
| <input type="radio"/> Plant based  | <input type="radio"/> Jejum intermitente | <input type="radio"/> Hipocalórica         | <input type="radio"/> Reeducação alimentar |
| <input type="radio"/> Mediterrânea | <input type="radio"/> Low Fodmaps        | <input type="radio"/> Hipercalórica        | <input type="radio"/> Outra: _____         |

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Informações gerais

Aqui você pode descrever sintomas, queixas ou qualquer outra informação que julgue relevante.

---

---

---

---

---

---

## Termo de consentimento

1 - O microbioma intestinal humano pode ser muito diferente entre os indivíduos, considerando a composição de espécies, sua diversidade e abundância, e está diretamente relacionado com o seu hábito de vida e estado de saúde. Muitos microrganismos são importantes na manutenção da homeostasia metabólica e regulação de respostas imunes. O desbalanço destas relações pode ser caracterizado como uma disbiose. O Microbioma da Dasa Genômica tem como objetivo detectar possíveis estados de disbiose e utiliza o sequenciamento de DNA de nova geração como metodologia;

2 - O termo de consentimento deve ser preenchido e assinado, acompanhando a amostra. Caso as informações enviadas não sejam suficientes, entraremos em contato com o objetivo de solicitar informações adicionais;

3 - Este teste é voltado, principalmente, para auxiliar em diagnósticos e tratamentos realizados por endocrinologistas, gastroenterologistas, nutrólogos, infectologistas, oncologistas e nutricionistas, nas seguintes condições: quadros de infecções causadas por bactérias como *Clostridium difficile*, monitoramento de pacientes mais suscetíveis a ter perturbações na flora intestinal (quimioterapia e antibioticoterapia), otimização e avaliação da eficácia de tratamentos com probióticos e prebióticos, avaliação de microbioma fecal para casos de transplante de fezes;

4 - O laboratório fica desde já isenta de qualquer responsabilidade pela troca de identidade de amostras coletadas fora do laboratório. Desta forma, como paciente e/ou responsável legal, fica assumido que a amostra coletada pertence a: \_\_\_\_\_

5 - O teste genético não deve ser usado como única ferramenta para o diagnóstico nem como substituto de tratamento e de consultas médicas periódicas. Muitos outros fatores, como fatores ambientais, dieta, antecedentes pessoais e familiares e estilo de vida, também podem contribuir para o estado de saúde;

6 - A interpretação dos resultados deste teste considera o desenvolvimento científico atual e pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novos conhecimentos científicos e avanços da tecnologia e ferramentas de análise;

7 - A amostra biológica será utilizada apenas para o teste solicitado ou testes confirmatórios. Para a realização de novos testes, a obtenção de novo consentimento do paciente ou responsável legal é obrigatória, possivelmente com realização de nova coleta, uma vez que o laboratório não possui serviço de armazenamento de DNA;

8 - Os dados obtidos a partir da análise do seu DNA serão armazenados em servidor próprio do laboratório, por um período de 5 anos, sendo garantida a confidencialidade e segurança destas informações. Dados anonimizados, extraídos do seu material, poderão ser colocados em bases de dados públicas ou utilizados como amostra-controle/pesquisa, desde que não haja qualquer característica que permita a sua identificação.

9 - Da possibilidade de uma nova coleta, caso a amostra inicial apresente quantidade de DNA insuficiente para a finalização da análise completa do(s) teste(s) ou esteja fora do padrão estabelecido, como: amostras não enviadas em microtubos apropriados, microtubos danificados, expostos, não devidamente fechados ou extravasados, amostras com volume excedente ao determinado no procedimento de coleta, amostras com excesso de fezes, que chegaram ao laboratório fora da temperatura estabelecida ou fora do prazo estipulado no item 11 e amostras não devidamente identificadas;

10 - Caso tenha outras perguntas sobre este teste, entre em contato com o Laboratório para esclarecimentos adicionais;

11 - A amostra colhida deverá ser encaminhada para análise ao laboratório em até 10 (dez) dias após recebimento do kit de coleta no endereço indicado neste termo, a fim de garantir a estabilidade do material biológico e a qualidade do resultado do teste genético. Passado este prazo, o laboratório reserva-se o direito de não aceitar a amostra para análise;

12 - O prazo de entrega dos resultados do teste genético inicia a partir da data que a amostra é recebida no laboratório.

13 - Serve o presente autorizar que a amostra do(s) material(is) será(ão) utilizada(s) com o propósito de identificar a microbiota intestinal e declarar estar de pleno acordo para a realização do exame solicitado:

EU \* \_\_\_\_\_, CPF \* \_\_\_\_\_, DECLARO QUE FUI INFORMADO(A)  
SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS, RISCOS E LIMITAÇÕES DO EXAME E CONSIGO COM OS TERMOS PARA A SUA REALIZAÇÃO.

\* \_\_\_\_\_  
Assinatura