

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTES GENÉTICOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social (se aplicável): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ RG nº: \_\_\_\_\_

Município/Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Contato do Médico Solicitante: Tels.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Representante Legal (se aplicável):  
\_\_\_\_\_Relação com o Representado: ( ☐ ) Pai ( ☐ ) Mãe ( ☐ ) Tutor ou Curador

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. Um resultado positivo é uma indicação de predisposição ou presença de uma doença específica e que estudos posteriores poderão ser necessários para confirmação destes achados.

A amostra biológica será utilizada apenas para o teste solicitado ou testes confirmatórios. Para a realização de novos testes, a obtenção de novo consentimento escrito do paciente ou responsável legal é obrigatória, possivelmente com realização de nova coleta, uma vez que o DNA previamente obtido pode não ser suficiente para novos estudos no futuro. As únicas pessoas que terão acesso aos resultados deste teste serão aquelas envolvidas na realização e interpretação do mesmo e o médico solicitante indicado por você.

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.

Os dados obtidos a partir da análise do meu 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 meu 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.

O resultado desse exame é de minha propriedade e, portanto, o laudo será liberado para mim. Devido à complexidade de análise das informações constantes no laudo (algumas alterações detectadas poderão ter significado funcional e clínico desconhecidos, por exemplo) e ao impacto que elas podem causar, o médico solicitante desse exame, também será informado para que auxilie na interpretação do resultado recebido.

O procedimento de coleta de sangue é o mesmo que se realiza para qualquer outro exame de sangue (como hemograma, por exemplo). O único risco seria o desconforto causado pela punção de veia periférica. Quando o material coletado for saliva ou células da mucosa oral (swab bucal), os riscos são praticamente inexistentes, desde que as instruções de coleta sejam seguidas de forma adequada.

Tenho o direito de rejeitar o recebimento do resultado desse exame, no entanto isso não implicará em estorno do valor pago.

---

**OS ITENS ABAIXO PRECISAM DE SEU CONSENTIMENTO OU DE SEU REPRESENTANTE/RESPONSÁVEL LEGAL.**

**QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DE SEQUENCIAMENTO DE TESTES GENÉTICOS  
SIMPLES**

A. **(OBRIGATÓRIO)** Já foi submetido a transplante de medula-óssea ( ☐ ) SIM ( ☐ ) NÃO

Se sim, informe ( ☐ ) ALOGÊNICO (medula recebida de doador) ( ☐ ) AUTÓLOGO (medula do próprio paciente)

B. **(OBRIGATÓRIO)** Sexo biológico, atribuído ao nascimento: ( ☐ ) Feminino ( ☐ ) Masculino

Informações do paciente: Sexo atribuído no nascimento é um rótulo dado a um indivíduo no nascimento, geralmente “masculino” ou “feminino”. Neste relatório, os termos “masculino”, “feminino”, “ele”, “ela”, “mulher” e “homem” referem-se ao sexo atribuído no nascimento.

C. **(OPCIONAL)** A respeito da comunicação do resultado do seu exame para o médico prescritor:

( ☐ ) SIM, autorizo que, quando necessário, o resultado do meu exame seja comunicado ao médico prescritor.

( ☐ ) NÃO, não autorizo, mesmo quando necessário, que o resultado do meu exame seja comunicado ao médico prescritor.

D. **(OPCIONAL)** A respeito da utilização dos dados para contribuição científica na área de genômica:

( ☐ ) SIM, autorizo a utilização dos meus dados anonimizados (sem qualquer informação que possa ser utilizada para identificar a amostra e/ou paciente), obtidos a partir da análise do meu exame sejam utilizados, para depósito em bancos de dados de variante e em trabalho científicos.

( ☐ ) NÃO, não autorizo a utilização dos meus dados, mesmo que anonimizados, obtidos a partir da análise do meu exame sejam utilizados, para depósito em bancos de dados de variante e em trabalho científicos.

- Recebi informação sobre o exame, seus benefícios, riscos e possibilidade de intercorrências.
- Fui informado sobre os cuidados que devo adotar antes e após a realização do exame.
- Autorizo o envio dos laudos/resultados diretamente ao médico solicitante do exame.
- Me foi dada a oportunidade de indicar e sanar todas as minhas dúvidas sobre o exame.

---

#### CONSENTIMENTO INFORMADO:

Por todo o exposto, eu, Paciente, ( ☐ ) representado por meu Responsável Legal, consinto com a realização do exame e declaro que:

Ao assinar o presente termo estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais, assim como a sua retenção, seguirão as diretrizes da Política de Privacidade.

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

Assinatura do Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS

### Identificação do Paciente:

1. Nome Completo do Paciente: \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
2. Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
3. Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
4. Ascendência: ( ) Europeia (Portuguesa? Italiana? Alemã? Outra?)  
( ) Africana (negra) ( ) Indígena ( ) Asiático (Oriental) ( ) Judeu Ashkenazi ( )  
Outras: \_\_\_\_\_
5. Pais do paciente são da mesma família (pais consanguíneos)? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

### Quadro clínico

1. Há suspeita específica? Se sim, qual:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Quais os principais sintomas clínicos?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Há familiares com os mesmos sintomas? Se sim, qual o grau de parentesco:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass. Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_