Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Teste Genético

Nome do(a) Paciente: _____

Data de Nascimento:_____ CPF: _____

Nome do(a) Responsável (se necessário): _____

Grau de parentesco (entre Responsável e Paciente): _____ _____

CPF do(a) Responsável: _____

Teste Genético: _____

1. Estou ciente que uma amostra de material biológico será coletada em um procedimento de baixo risco. A amostra coletada ou entregue no Maricondi será utilizada para realização do teste solicitado na requisição médica apresentada durante o cadastro do exame.

2. Os métodos utilizados pelo Maricondi possuem alta sensibilidade para detecção de mutações. Contudo, o exame requerido pode não ser capaz de detectar variantes em regiões gênicas não incluídas no teste. Além disso, o exame pode não detectar grandes deleções ou duplicações e alterações estru-turais, como translocações e inversões.

3. Os exames com análise de grandes deleções e duplicações gênicas não detecta variantes pontuais e pequenas deleções ou duplicações em regiões exônicas, promotoras e intrônicas, além de variantes em genes não analisados. Adicionalmente, estes testes não detectam outras alterações estruturais como translocações e inversões.

4. O vínculo biológico verdadeiro dos membros da família envolvidos neste estudo deve ser declarado antes da realização do exame, a fim de garantir a precisão dos resultados.

5. Estou ciente que a análise realizada no Maricondi para o exame requerido é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.

6. Os resultados são confidenciais e o laudo será disponibilizado para mim e para o médico solicitante. A divulgação será realizada para outros médicos com meu consentimento escrito.

Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido para Teste Genético

7. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.

8. Além de informações pertinentes ao quadro clínico atual, achados adicionais podem ser relatados no laudo.

9. Para os testes realizados com amostras tumorais preservadas em bloco de parafina, é necessária a avaliação do material por um médico patologista do Maricondi e, mesmo que a amostra seja insuficiente para dar continuidade ao processo, estou ciente que uma taxa de processamento será cobrada.

10. O laudo é liberado de acordo com o conhecimento científico atual. A interpretação dos dados e resultados podem mudar no futuro, com o avanço do conhecimento médico ou melhoria das ferramentas de análise de dados.

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento:

x _____ Data: ____/____/____
Paciente ou Responsável

(OPCIONAL) Eu expresso meu desejo de participar anonimamente de estudos de pesquisa, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA, o qual poderá ser estocado, assinando abaixo:

x _____
Paciente ou Responsável