R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123

CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de sangue ou saliva será obtida e que o procedimento de coleta possui um risco mínimo associado como dor, hematoma ou outro desconforto no local da coleta; compreendo que a amostra para diagnóstico será utilizada com o propósito de determinar a presença de alguma alteração genética. Estou ciente que: (1) A análise de DNA realizada é direcionada para a condição investigada e considera o desenvolvimento científico atual; (2) A interpretação do resultado deste teste pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novas informações e tecnologias pela ciência; (3) O laboratório Fleury não possui serviço de armazenamento de DNA e, portanto, caso o paciente queira realizar quaisquer outros testes genéticos, será necessária nova coleta; (4) Este teste é complexo e utiliza materiais especializados, existindo uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente; (5) Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser anonimizadas (remoção de todos os identificadores) e utilizadas como amostras-controle ou para pesquisa, submetida e aprovada pelo comitê de ética do Grupo Fleury. No caso de uso para pesquisa, os resultados não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os mesmos não serão comunicados; (6) Achados incidentais não relacionados ao motivo de solicitação deste teste podem ser encontrados e serão reportados caso tenham significado médico claro para a saúde do indivíduo ou família; (7) Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais.

Nome do paciente:

_____

Telefone para contato: residencial (__)_____ celular (__)_____

Assinatura do paciente ou responsável legal:

_____

Data:___/___/___

Nome do exame solicitado:

_____

Nome do médico solicitante:

_____CRM:_____

Telefone para contato: (__)_____ e-mail:_____

ISO 9001
Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade
Controllab

R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123
CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: ___/___/___

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

O número de plaquetas é normal: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei

O tamanho das suas plaquetas é normal; ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei

Apresenta sangramentos na pele (petéquias, equimoses, manchas roxas): ( ) Sim ( ) Não

Apresenta sangramentos em mucosas (nariz, boca, trato digestivo, urinário):

( ) Sim ( ) Não

Apresentou sangramentos importantes em procedimentos cirúrgicos prévios:

( ) Sim ( ) Não

Já recebeu transfusões de sangue, plaquetas ou plasma: ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas? ( ) Sim ( ) Não ( ) não sei

Em caso positivo, indique o grau de parentesco [irmã(o), pai, mãe, tia(o), etc.]_____

Quais sintomas em comum?

_____

_____

_____

Você ou alguém da sua família já realizou esse exame antes? ( ) Não ( ) Sim.

Anexar cópia do laudo ou especificar o achado encontrado.

_____

_____

_____

_____

_____

_____