

## Termo de Consentimento Informado para Testes Genéticos

Via Cliente

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.

Os exames laboratoriais realizados por este Laboratório são feitos por meio de técnicas adequadas para diagnóstico em amostras de sangue, plasma, urina, raspado de mucosa e outros.

O resultado/laudo oriundo da análise na amostra colhida pertencerá exclusivamente ao dono do material biológico. Para que o resultado/laudo seja enviado ao médico(a) assistente é necessário o preenchimento dos dados ao final deste termo. Caso os dados não sejam preenchidos o resultado/laudo será disponibilizado apenas para o signatário do presente termo ou o responsável legal em caso de incapazes (menores de idade e interditados legalmente).

#### Declaro que tenho conhecimento de que:

- Os testes podem apresentar limitações, não sendo possível excluir a presença de alterações genéticas, mesmo frente a um resultado negativo.
- O laudo do exame é liberado de acordo com conhecimento científico atual, embasado nas informações clínicas fornecidas pelo médico assistente. A interpretação dos dados e resultados podem mudar com o avanço do conhecimento ou melhoria das ferramentas de análise de dados. Não há obrigação do laboratório em refazer o exame ou o laudo em indivíduos já testados; isto implicará em um novo exame.
- Caso haja material genético não utilizado na análise atual, ele será armazenado pelo prazo previsto na legislação específica, e somente será encaminhado a outra instituição com autorização expressa e adicional, assinada pelo responsável.
- As informações geradas no teste genético, chamadas dados brutos, serão armazenados no Laboratório por 05 anos. A liberação desses dados somente será realizada mediante autorização específica.
- Sociedades científicas de genética médica recomendam que sejam reportados achados secundários, ou seja, alterações genéticas de significado importante à saúde e não relacionadas à clínica referida pelo médico assistente.
- Eventualmente, pode ser necessária uma nova coleta para nova análise, solicitação de informações adicionais ao médico assistente e confirmação de achados com a utilização de outras metodologias. Isso poderá implicar em alteração no prazo de liberação do laudo.
- Resultados inconclusivos com alterações genéticas de significado clínico incerto ou ausência de alterações genéticas não isentam a necessidade de pagamento.

Concordo com a utilização dos meus resultados e dados brutos obtidos no Laboratório para atividades educacionais e publicações científicas, mantendo a Privacidade nos termos previstos na lei 13709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados e confidencialidade das informações obtidas e respeitando os termos do Código de Ética Médica e da legislação vigente.

Declaro que li e compreendi a necessidade deste consentimento informado, que me foi explicado de forma satisfatória por profissional de saúde habilitado.

A formalização da minha assinatura abaixo tem por objetivo autorizar a realização deste teste na amostra colhida (minha ou pessoa sob minha responsabilidade) e atestar a veracidade das informações por mim prestadas e assinaladas neste formulário para o bom andamento dos trabalhos do Laboratório.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Cliente ou Responsável Legal

#### DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do teste genético.

Nome (completo) \_\_\_\_\_

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

Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## Termo de Consentimento Informado para Testes Genéticos

Via Laboratório

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.

Os exames laboratoriais realizados por este Laboratório são feitos por meio de técnicas adequadas para diagnóstico em amostras de sangue, plasma, urina, raspado de mucosa e outros.

O resultado/laudo oriundo da análise na amostra colhida pertencerá exclusivamente ao dono do material biológico. Para que o resultado/laudo seja enviado ao médico(a) assistente é necessário o preenchimento dos dados ao final deste termo. Caso os dados não sejam preenchidos o resultado/laudo será disponibilizado apenas para o signatário do presente termo ou o responsável legal em caso de incapazes (menores de idade e interditados legalmente).

#### Declaro que tenho conhecimento de que:

- Os testes podem apresentar limitações, não sendo possível excluir a presença de alterações genéticas, mesmo frente a um resultado negativo.
- O laudo do exame é liberado de acordo com conhecimento científico atual, embasado nas informações clínicas fornecidas pelo médico assistente. A interpretação dos dados e resultados podem mudar com o avanço do conhecimento ou melhoria das ferramentas de análise de dados. Não há obrigação do laboratório em refazer o exame ou o laudo em indivíduos já testados; isto implicará em um novo exame.
- Caso haja material genético não utilizado na análise atual, ele será armazenado pelo prazo previsto na legislação específica, e somente será encaminhado a outra instituição com autorização expressa e adicional, assinada pelo responsável.
- As informações geradas no teste genético, chamadas dados brutos, serão armazenados no Laboratório por 05 anos. A liberação desses dados somente será realizada mediante autorização específica.
- Sociedades científicas de genética médica recomendam que sejam reportados achados secundários, ou seja, alterações genéticas de significado importante à saúde e não relacionadas à clínica referida pelo médico assistente.
- Eventualmente, pode ser necessária uma nova coleta para nova análise, solicitação de informações adicionais ao médico assistente e confirmação de achados com a utilização de outras metodologias. Isso poderá implicar em alteração no prazo de liberação do laudo.
- Resultados inconclusivos com alterações genéticas de significado clínico incerto ou ausência de alterações genéticas não isentam a necessidade de pagamento.

Concordo com a utilização dos meus resultados e dados brutos obtidos no Laboratório para atividades educacionais e publicações científicas, mantendo a Privacidade nos termos previstos na Lei 13709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados e confidencialidade das informações obtidas e respeitando os termos do Código de Ética Médica e da legislação vigente.

Declaro que li e compreendi a necessidade deste consentimento informado, que me foi explicado de forma satisfatória por profissional de saúde habilitado.

A formalização da minha assinatura abaixo tem por objetivo autorizar a realização deste teste na amostra colhida (minha ou pessoa sob minha responsabilidade) e atestar a veracidade das informações por mim prestadas e assinaladas neste formulário para o bom andamento dos trabalhos do Laboratório.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Cliente ou Responsável Legal

#### DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do teste genético.

Nome (completo) \_\_\_\_\_

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

Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR PARA EXAMES ONCOGENÉTICOS

Este questionário tem o objetivo auxiliar na interpretação dos resultados do teste molecular e **SEU PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO.**

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE (CAMPO OBRIGATÓRIO)

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone(s): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ | ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Contato do médico: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE

Nenhum  Câncer colorretal  Outro(s) tipo(s) de câncer: \_\_\_\_\_  
 Câncer de mama  Leucemia \_\_\_\_\_  
 Câncer de ovário  Câncer de próstata \_\_\_\_\_

Idade ao diagnóstico: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

Nenhum

Se houver casos de câncer na família, indicar abaixo com as seguintes informações:

Parentesco:*		Tipo do câncer:	Idade do diagnóstico:
Familiar 1: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 2: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 3: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 4: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 5: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 6: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____

\*explicitar se materno, paterno, irmandade (irmãos e sobrinhos) ou descendência (filhos e netos)

### OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

---

---

---

---

---

---

---

---

X \_\_\_\_\_

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

Paciente, Responsável ou Médico solicitante (com carimbo contendo o CRM)

Página 1 de 1