

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue e saliva será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu comprehendo que as amostras para diagnóstico serão utilizadas com o propósito de determinar se eu sou portador de uma alteração genética, ou apresento risco aumentado para esta condição genética. Eu comprehendo que: (1) A análise de DNA realizada é específica para a condição especificada. (2) Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a utilidade do teste. Os testes não são considerados pesquisa, mas são considerados como o melhor e o mais novo serviço disponível. Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente ou que uma falha possa ocorrer. A taxa de erros é muito baixa, algo em torno de 1 em 1.000 amostras. Minha assinatura abaixo reconhece minha participação voluntária neste teste, mas de nenhuma forma libera o laboratório e seus funcionários de sua responsabilidade ética em relação a mim. (3) Em alguns casos, pode ser necessário que o laboratório realize nova análise nas amostras de DNA utilizando métodos novos e aperfeiçoados. No entanto, eu entendo que o laboratório não é um serviço de estocagem de DNA e minha amostra de DNA pode não estar disponível para estudos clínicos futuros. (4) Esta amostra será utilizada somente para o teste solicitado. Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser tornadas anônimas (remoção de todos os identificadores) e usadas como amostras-controle ou em pesquisa. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

Nome do paciente:

Telefones para contato:

Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

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

Nome do exame solicitado:

Nome do médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Teste para:  Suspeita Diagnóstica  Detecção de portador

Qual a ancestralidade do paciente?

Descreva os principais sintomas clínicos:

---



---



---

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc...)

Não

Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?

Sim - Se sim, é necessário especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo

Não

## FAVOR PREENCHER O QUESTIONÁRIO ABAIXO APENAS PARA OS TESTES GENÉTICOS DE CÂNCER HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE:

- |                                 |  |   |   |  |   |   |  |                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|---------------------------------|--|---|---|--|---|---|--|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Câncer de mama invasivo | <input type="checkbox"/> Câncer de mama in situ | <input type="checkbox"/> Câncer de ovário | <input type="checkbox"/> Câncer de intestino | <input type="checkbox"/> Adenomas intestinais | <input type="checkbox"/> Câncer de endométrio | <input type="checkbox"/> Outro tipo de câncer: | Nº de adenomas: _____ | <input type="checkbox"/> bilateral | idade de diagnóstico: _____ |
|---------------------------------|--|---|---|--|---|---|--|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

## HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER:

( ) Nenhum

Abaixo indicar os casos de câncer na família, se houver, com as informações solicitadas:

Grau de Parentesco	Materno	Paterno	Localização do câncer	Idade do diagnóstico
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____