

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue e saliva será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu compreendo 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 compreendo 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:

☐ Nenhum

☐ Câncer de mama invasivo

☐ bilateral

idade de diagnóstico: ____

☐ Câncer de mama in situ

☐ bilateral

idade de diagnóstico: ____

☐ Câncer de ovário

idade de diagnóstico: ____

☐ Câncer de intestino

idade de diagnóstico: ____

☐ Adenomas intestinais Nº de adenomas: ____

idade de diagnóstico: ____

☐ Câncer de endométrio

idade de diagnóstico: ____

☐ Outro tipo de câncer: _____

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"/>	_____	_____