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

CNPJ: 45.362.324/0001-08
CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6
CNES: 2057239

TESTE GENÉTICO PARA PAINÉIS GENÉTICOS

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 Maricondi 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 Laboratório Maricondi. 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 (__)_____

Data:_____/_____/_____

_____

Assinatura do
paciente ou responsável

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

CNPJ: 45.362.324/0001-08
CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6
CNES: 2057239

Nome do exame solicitado: _____
Nome do médico solicitante: _____
CRM:_____
Telefone para contato: (___)_____ E-mail:_____

Informações do paciente:

Data de nascimento: _____/_____/_____ Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
Teste para: ☐ Suspeita diagnóstica ☐ Detecção do portador
Qual a ancestralidade do paciente? _____

Descreva os principais sintomas clínicos:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

☐ Não
☐ Sim, indique o grau de parentesco [irmã(o), pai, mãe, tia(o), etc.)_____

Quais sintomas em comum?

_____
_____
_____
_____
_____
_____