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

Por meio deste termo demonstro que fui esclarecido(a) e que concordo com a realização do teste genético que tem como finalidade avaliar marcadores genéticos associados à metabolização de medicamentos específicos.

Estou ciente de que este exame é realizado em parceria com a Coriell, instituição sediada em Camden, New Jersey, Estados Unidos. Portanto, a realização do teste requer o compartilhamento dos meus dados pessoais, no limite do que for estritamente necessário, com tal instituição, que atuará exclusivamente para a finalidade de fazer a análise dos resultados do teste genético em relação ao metabolismo de medicações. Estou ciente e concordo que o tratamento dos meus dados pessoais pela instituição parceira ocorra somente para a finalidade de emissão do laudo do exame, sendo vedado qualquer tratamento para finalidade diversa.

Eu compreendo que:

• A análise de DNA a ser realizada é direcionada e exclusiva para a condição investigada, a partk do emprego de técnicas evoluídas e disponíveis, cientificamente conhecidas;

• A leitura e interpretação desses testes são relativamente novas e estão sujeitas a mudanças periódicas para aperfeiçoar e aumentar a aplicabilidade dos testes;

• O resultado desse exame deve ser interpretado e correlacionado com dados clínicos única e exclusivamente pelo médico responsável. Mudanças na conduta clínica, ou mesmo, ajustes de medicações baseadas no resultado são de responsabilidade do médico assistente;

• A predição do perfil farmacológico é baseada em um conjunto de dados limitado, restrito ao painel de genes interrogados;

• Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de necessidade de recoleta de amostra de sangue, saliva ou swab para que se possa chegar ao resultado;

• A taxa de erros é muito baixa, mas pode ocorrer considerando o estado da técnica e a literatura científica disponíveis na data de realização do teste. Neste caso, o perfil genético deste(s) marcador(es) não será(ão) considerado(s) na análise integrada dos dados;

• O excedente de amostra e os dados gerados por esta análise poderão ser incluídos anonimamente em banco de dados para estudos científicos e pesquisas médicas, a fim de obter informações úteis e relevantes para o avanço da medicina;

• A amostra biológica será coletada num procedimento de baixo risco; o material genético obtido poderá ser armazenado por um período de até 5 (cinco) anos.

Eu declaro que li este formulário de consentimento. A minha assinatura neste documento constitui permissão para a realização do teste genético em amostra de ONA colhida em mim, ou de pessoa sob minha guarda legal.

Nome do (a) paciente: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____ Data: ___/___/_____

Nome do médico (a) solicitante: _____ CRM: _____