FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO - LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

QUESTIONÁRIO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue 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) Devido à complexidade dos testes de DNA e às importantes implicações dos resultados destes testes, os resultados serão divulgados somente para mim, através de meu médico ou do geneticista que solicitou o teste. Os resultados são confidenciais; eles somente serão liberados para outros profissionais médicos ou para terceiros mediante meu consentimento escrito. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. (5) 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. 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: ____/____/____

ISO 9001 Sistema Nacional de Acreditação DICQ PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade Controllab

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO - LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Declaração do médico ou geneticista: Eu expliquei o teste de DNA para esta pessoa. Eu mencionei as limitações descritas acima, e respondi às perguntas que me foram feitas.
- **Nome do exame**

solicitado:_____

_____

- **Nome do médico solicitante:**

_____**CRM:**_____

Telefones para contato: (___)_____ **e-mail:**

_____

Assinatura e carimbo do médico solicitante: _____

Data: ____/____/____

<u>INFORMAÇÕES DO PACIENTE</u>

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...)

ISO 9001 Sistema Nacional de Acreditação DICQ PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade Controllab

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO - LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

QUESTIONÁRIO

( ) 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 de diagnóstico

ISO 9001 Sistema Nacional de Acreditação DICQ PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade Controllab

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO - LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

QUESTIONÁRIO

_____ ( ) ( ) _____
_____

_____ ( ) ( ) _____
_____

_____ ( ) ( ) _____
_____

_____ ( ) ( ) _____
_____

_____ ( ) ( ) _____
_____