

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Eu, _____, através deste consentimento, concordo que seja realizado o teste genético: _____

Eu entendo que uma amostra de material biológico será coletada de mim e/ou de meus familiares, num procedimento de baixo risco. Esta amostra será utilizada com o propósito de tentar determinar se eu e/ou meus familiares somos portadores de alterações gênicas (mutações) ou cromossômicas associadas com a doença ou condição sob investigação. Permito também, caso seja necessária, a coleta de amostra de material biológico de meu(s) filho(s) menor(es), nomeado(s) ao final:

Eu entendo que:

1. Os métodos utilizados possuem alta sensibilidade para detecção de mutações. Contudo, o teste pode ser incapaz de identificar anormalidades em regiões gênicas não incluídas no presente teste, ou causadas por grandes deleções, duplicações e inversões, muito raramente causadoras de doença.
2. Um erro no diagnóstico pode ocorrer se o verdadeiro vínculo biológico dos membros da família envolvidos neste estudo não for declarado antes da realização do exame. Este exame pode detectar, ainda, uma não-paternidade (pai biológico diferente do informado), e pode ser necessário relatar isto para o indivíduo que solicitou o teste.
3. Eu entendo que a análise realizada para o exame requerido é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo, ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.
4. Por causa da complexidade do exame e das implicações importantes dos resultados, o laudo será relatado para mim somente por um médico que eu designei. Os resultados são confidenciais; eles serão liberados para outros médicos ou outras partes somente com meu consentimento escrito. Todos os dados do laboratório são confidenciais. O laudo será enviado diretamente para o médico que eu indicar no momento da coleta.
5. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.

Informações dos Filhos (Opcional)

Nome completo:

Sexo:

Maculino

Feminino

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA):

____/____/____

Nome completo:

Sexo:

Maculino

Feminino

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA):

____/____/____

Nome completo:

Sexo:

Maculino

Feminino

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA):

____/____/____

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento:

x _____

(OPCIONAL) Eu expresso meu desejo de participar anonimamente de estudos de pesquisa, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA, o qual poderá ser estocado, assinando abaixo:

x _____

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01