

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados paciente

Nome completo: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Motivo da consulta: _____

Endereço completo com CEP e Cidade: _____

RG: _____

E-mail: _____

Tel: () _____

Nome do médico: _____

E-mail: _____

Clínica/Hospital/Laboratório: _____

Tel: () _____

Os dados obtidos neste estudo são confidenciais e devem ser tratados de acordo com os mais rigorosos princípios de privacidade.

1- Eu entendi que posso ser portador ou afetado por uma doença de origem genética, cujo diagnóstico pode ser confirmado mediante a análise molecular do DNA ou RNA, obtidos a partir de uma amostra biológica.

2- Recebi as informações do meu médico especialista sobre a indicação, motivo, características e riscos potenciais do estudo genético a ser realizado na minha amostra ou do meu filho/a e, também, que é a melhor estratégia diagnóstica disponível atualmente para meu caso clínico. Além disso, estou ciente que podem surgir novas evidências clínicas ou científicas que indiquem a necessidade da realização de outros exames.

3- Fui informado e compreendo as seguintes condições e limitações associadas à realização do estudo:

- Os resultados podem gerar situações de incertezas diagnósticas devido a presença de alterações pouco frequentes na estrutura do DNA ou RNA;
- Nos estudos genéticos complexos podemos obter informações genéticas não diretamente relacionada com o objetivo do estudo solicitado;
- Compreendo que podem me solicitar uma nova coleta de sangue para repetição do exame ou para realização de exames adicionais ou, se a amostra obtida não apresentar ótima qualidade para o estudo;
- Compreendo que a identificação de uma mutação patogênica resulta na predisposição/diagnóstico da doença, enquanto que, a não identificação não exclui a doença;
- Após a realização do exame, a amostra excedente de DNA ficará armazenada no laboratório de acordo com a legislação vigente;
- Doenças genéticas são de grande complexidade, sendo necessário cautela e conhecimento sobre os aspectos particulares destas para interpretação de um laudo genético. Afirmando entender que a correta interpretação dos resultados obtidos através deste exame deve ser feita pelo médico solicitante, capacitado para tal interpretação e também para me orientar sobre conduta e prognóstico. Não devo tirar minhas próprias conclusões com base em informações de fontes não confiáveis e que na maioria das vezes não são verdadeiras. Portanto, estou ciente de que o resultado será enviado via online somente ao médico. Após retorno médico e já esclarecido sobre o resultado de meu exame, posso solicitar ao laboratório uma cópia impressa do laudo.

De acordo, dou meu consentimento em meu nome ou como tutor legal para a realização do exame solicitado.

Data: ____/____/____

Assinatura Paciente/Responsável Legal: _____ Assinatura do médico (Opcional): _____

Se for Pai, Mãe ou Responsável Legal: _____

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