DIAGNÓSTICOS DO BRASIL

RQ 0648 - CONSENTIMENTO INFORMADO DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA A ANÁLISE E ARMAZENAMENTO DE SANGUE

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

EGFRL, EGFRLM, EGFRLC, PIK3CA, PIK3CD, BRAFLM, BRAFL, ALKD, ALKMB, KRASL, METLD - BIÓPSIA LÍQUIDA

Prezado paciente,

Gostaríamos de solicitar sua autorização para analisar e armazenar as amostras de seu sangue para a realização de exames moleculares. Temos como objetivo saber se existem determinadas alterações que influenciam na resposta ao tratamento e na evolução de sua enfermidade.

Se houver a autorização para o uso de seu sangue, serão extraídos 2 tubos de sangue, o qual não o/a coloca em risco. O resultado das determinações, mencionadas anteriormente será comparado com sua informação médica para que os detalhes da biologia molecular de seu tumor e/ou sejam melhor compreendidos e para avaliar a eficácia que o tratamento possa ter.

A decisão de autorização para a realização deste exame em sua amostra é voluntária. Você poderá exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e oposição, comunicando por escrito ao laboratório onde foi obtida a amostra.

Caso sua informação clínica/genética seja de interesse científico, a mesma poderá ser divulgada, mantendo sempre em caráter anônimo seus dados pessoais. Para isso, a informação será identificada através do código previsto no teste genético adequadamente assinado.

Eu, _____, portador do CPF _____ e data de nascimento _____ autorizo, livre e voluntariamente, que seja estudada a presença de alguns biomarcadores em minhas amostras de tecido tumoral e nas amostras sanguíneas.

_____ _____

Assinatura do paciente Data

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

dbmolecular.com.br
assessoria.molecular@dbdiagnosticos.com.br
11 3868-9800

DB molecular

DIAGNÓSTICOS DO BRASIL

RQ 0648 - SOLICITAÇÃO DE EXAMES

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

EGFRL, EGFRLM, EGFRLC, PIK3CA, PIK3CD, BRAFLM, BRAFL, ALKD, ALKMB, KRASL, METLD - BIÓPSIA LÍQUIDA

Informação do paciente

Nome completo: _____

Contato

Telefone: _____

E-mail: _____

Sexo: ☐ Homem ☐ Mulher RG: _____ Data de nasc.: _____

Informação do tumor (opcional)

Localização do tumor: _____

Histologia: _____ Estadiamento: _____

Outras informações diagnósticas: _____

_____

Informação do médico solicitante

Nome completo: _____ CRM: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Nome do hospital ou clínica: _____

Assinatura/carimbo: _____

Informação do médico solicitante

Obrigatório assinalar o(s) exame(s) a ser (serem) realizado(s)

EGFRL: ☐ Exons 19 e 21 + Mutação T790M

EGFRLM: ☐ Exons 19 e 21 + Mutação T790M - Monitoramento

EGFRLC: ☐ Mutação C797S - Diagnóstico

PIK3CA: ☐ Exons 10 e 21 - Monitoramento

PIK3CD: ☐ Exons 10 e 21 - Diagnóstico

BRAFLM: ☐ Mutações V600E, V600K - Monitoramento

BRAFL: ☐ Mutações V600E, V600K - Diagnóstico

ALKD: ☐ EML4 - ALK/ Translocação - Diagnóstico

ALKMB: ☐ EML4 - ALK/ Translocação - Monitoramento

KRASL: ☐ Exons 19, 20 e 21 - Screening

METDL: ☐ Splicing 7/8, 14 - Diagnóstico

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