

FORMULÁRIO CLÍNICO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO SÍNDROME DIGEORGE (22Q11.2) - DETECÇÃO POR FISH.

Paciente: _____

Pedido: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Feminino Masculino

Médico: _____ Telefone: _____

Eu estou ciente da solicitação de teste Genético para mim ou meu dependente legal. Eu entendo que uma amostra de 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 existe uma alteração genética .

Eu compreendo que:

1. A análise de DNA realizada apresenta limitações técnicas para determinadas condições clínicas.
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. Estes testes podem revelar alterações cujo significado clínico não é conhecido, e portanto devem ser avaliadas com cautela pelo grupo médico que assiste o paciente. Ao assinar este termo, reconheço que aceito realizar este 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 possível que o laboratório re-analise, no futuro, as 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 do 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.
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.

Estou ciente do exame a ser realizado, declaro que recebi e entendi as explicações dadas pelo médico abaixo assinado e autorizo a realização do mesmo.

paciente responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade: _____

Declaração do médico ou geneticista: **Eu expliquei o teste de DNA para o paciente ou responsável. Eu mencionei as limitações descritas acima, respondi as perguntas que me foram feitas e preenchi o formulário de dados clínicos solicitados pelo laboratório.**

Nome legível: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____



DIAGNÓSTICOS
DO BRASIL

FORMULÁRIO CLÍNICO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTE GENÉTICO SÍNDROME DIGEORGE (22Q11.2) - DETECÇÃO POR FISH.

Exame solicitado: _____

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Médico solicitante: _____

Telefone para contato: _____

Marque somente uma opção:

Suspeita Diagnóstica Detecção de portador

Indicação clínica:

Autismo Déficit de crescimento Retardo no DNPM

Anomalias Congênitas Múltiplas Dismorfismos Convulsão/ Epilepsia

Outras indicações (especificar): _____

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmão, pais, sobrinhos, etc)

Não.

O paciente ou algum familiar já realizou este exame antes?

Sim. Se sim, por favor, especifique o motivo e o resultado (ou seja, qual mutação foi detectada) ou anexe cópia do laudo.

 Não.

Origem étnica do paciente:
