

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Nome do paciente: _____
Número do pedido: _____

Eu, _____, através deste consentimento, concordo que seja realizado o teste genético EXOMA COMPLETO. 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) abaixo:

Nome do filho _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Nome do filho: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Nome do filho: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

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, 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.
6. Para os testes de EXOMA COMPLETO, apenas informações pertinentes ao quadro clínico atual serão relatadas ao paciente. Alterações em outros genes serão desconsideradas, mas documentadas e mantidas nos arquivos do paciente.

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

Nome: _____

Assinatura: _____

(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:

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Data da nascimento: _____

Preenchido por: _____ Data: _____

	Sim (Descrição)	Não	Não sei
<input type="checkbox"/> Prematuridade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Restrição de crescimento intrauterino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento da linguagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Regressão neurológica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autismo/ Espectro autista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Perda de audição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hipotonia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hipertonia/ Espasticidade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Convulsões		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ataxia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Movimentos anormais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dismorfismos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Baixa estatura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alta estatura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim (Descrição)	Não	Não sei
<input type="checkbox"/> Microcefalia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Macrocefalia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hiperextensibilidade		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Contraturas nas articulações		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obesidade/ Crescimento anormal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ganho ponderal insuficiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alterações estruturais de SNC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malformações oculares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Perda de visão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos congênitos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alterações renais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alterações esqueléticas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Escoliose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Malformação dos membros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alterações na pele		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim (Descrição)	Não	Não sei
<input type="checkbox"/> Alterações da genitália		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Organomegalia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hemi-hipertrofia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Câncer/tumores		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Familiares com os mesmos sintomas (quais?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Outros achados relevantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>