

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados do paciente

Nome completo: _____

Motivo da consulta: _____ Data Nasc.: _____/_____/_____

Endereço completo com CEP e Cidade: _____

RG: _____ E-mail do paciente: _____

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- 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.

2- 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;
- Compreendo que a identificação de uma variante patogênica resulta na predisposição/diagnóstico da doença, enquanto que, a não identificação não exclui a doença;
- O laudo do exame será entregue ao médico solicitante, devidamente interpretado, atendendo a indicação clínica para o estudo;
- Será permitido a retirada dos blocos de parafina apenas após o envio prévio de solicitação por escrito do paciente ou seu representante legal; após o recebimento desta solicitação o laboratório tem o prazo de dez dias úteis para disponibilizar o material para retirada;
- Ao retirar o bloco de parafina o paciente ou representante legal deverá assinar o Termo de Responsabilidade de Retirada de Amostra Biológica, e este documento ficará guardado em arquivo, pelo mesmo prazo que devemos armazenar o material retirado, de acordo com a legislação vigente;
- O Laboratório Diagnósticos do Brasil, não se responsabiliza pela qualidade do preparo do material em parafina ou pela ausência de tecido tumoral, uma vez que receberemos o material preparado por um terceiro.

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: _____