

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

**Dados do paciente**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_ Data de 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 a 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 do paciente/Responsável legal: \_\_\_\_\_ Assinatura do médico: \_\_\_\_\_