

RQ 0810 - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDOS GENÉTICOS

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Entendo que posso ser portador ou afetado por uma desordem de origem genética, cujo diagnóstico pode ser confirmado mediante a análise de DNA ou RNA obtido a partir de uma amostra biológica.

Assim sendo, compreendo as seguintes condições e limitações associadas à realização deste estudo:

- O estudo genético proposto se considera a melhor estratégia diagnóstica disponível na atualidade para o meu caso clínico concreto. No entanto, poderão aparecer novas evidências clínicas ou científicas que indiquem a necessidade de realizar outros exames.
- Os resultados podem gerar situações de incerteza diagnóstica devido à presença de alterações pouco frequentes na estrutura do DNA ou RNA. Dependendo do estudo, a sensibilidade técnica também pode variar, existindo um número muito baixo de variantes que podem não ser detectadas.
- Em estudos genéticos complexos, pode-se obter informação genética não diretamente relacionada com o objeto do estudo solicitado.
- Uma nova amostra pode me ser solicitada no caso de necessidade de repetição do exame, realização de estudos adicionais ou se a qualidade da amostra biológica não estiver excelente.
- Entendo que a identificação de uma variante patogênica resulta em um diagnóstico compatível com a enfermidade em caso de doenças de herança recessiva, enquanto a identificação de apenas uma variante não exclui a patologia.
- Serão informadas as variantes patogênicas ou possivelmente patogênicas, podendo-se encontrar também variantes de significado incerto ou VUS. Estas não foram classificadas nas bases de dados como benignas nem como patogênicas, havendo em alguns casos informação controversa. Recomenda-se consultar alterações no estado de classificação das mesmas nas bases de dados.

Ao assinar este formulário, aceito em meu nome ou como responsável legal, que se realize o seguinte estudo genético:

Compreendo e aceito que o laboratório pode entrar em contato comigo para solicitar dados clínicos adicionais. Dou o meu consentimento para que a informação obtida do estudo genético possa ser usada para propósitos de auditoria, estudos de qualidade e investigação, sempre levando em conta que a informação será anônima, não identificável e que toda a minha informação pessoal ou de meu filho será eliminada de qualquer relatório ou publicação.

Nome completo do paciente: _____

Nome completo do responsável legal (se paciente menor): _____

E-mail: _____ Telefone com DDD: () _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____ Data: ____/____/____

RQ 0810 - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDOS GENÉTICOS

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Instruções: Leia com atenção todas as seções, termos - condições

Identificação do paciente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M Etnia: _____ RG ou CPF: _____

E-mail: _____ Telefone: () _____

Nome do responsável legal (se menor): _____

Médico responsável

Nome completo: _____ Instituição: _____

CRM: _____ Telefone: () _____ E-mail: _____

Exame solicitado - Gene, Mutação, Doença e Metodologia

Dados da amostra

Tipo de amostra: _____ Data da coleta: ____/____/____

Indicação - Preencher com o propósito dos estudos (ex: descartar ou confirmar diagnóstico de doença, determinar estado de portador etc.)

Observações - Indicar antecedentes familiares, clinicamente relevantes ou qualquer outra informação importante

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