

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Este formulário deve ser completamente preenchido para evitar atrasos na liberação do exame.

### Termo de consentimento

Eu entendo que uma amostra de sangue será obtida e que o procedimento de coleta possui um risco mínimo associado como dor, hematoma ou outro desconforto no local da coleta; compreendo que a amostra para diagnóstico será utilizada com o propósito de determinar a presença de alguma alteração genética. Estou ciente que: (1) A análise de DNA realizada é direcionada para a condição investigada e considera o desenvolvimento científico atual; (2) A interpretação do resultado deste teste pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novas informações e tecnologias pela ciência; (3) Após a realização deste exame o DNA será descartado, portanto, caso o paciente queira realizar quaisquer outros testes genéticos, será necessária nova coleta; (4) Este teste é complexo e utiliza materiais especializados, existindo uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente; (5) Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser anonimizadas (remoção de todos os identificadores) e utilizadas como amostras-controle ou para pesquisa, submetida e aprovada pelo comitê de ética do DB. No caso de uso para pesquisa, os resultados não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os mesmos não serão comunicados; (6) Achados incidentais não relacionados ao motivo de solicitação deste teste podem ser encontrados e serão reportados caso tenham significado médico claro para a saúde do indivíduo ou família; (7) Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Telefone para contato residencial: ( ) \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Nome do exame solicitado: \_\_\_\_\_

Nome do médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Informações do paciente

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Teste para: ( ) Suspeita diagnóstica ( ) Detecção de portador

Qual a ancestralidade do paciente? \_\_\_\_\_

Quais os principais sintomas clínicos:

---

---

---

---

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

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

( ) Não

( ) Sim. Indique o grau de parentesco [irmão(o), pai, mãe, tio(a), etc] \_\_\_\_\_

Quais sintomas em comum?

---

---

---

---

---

Você ou alguém da sua família já realizou esse exame antes?

( ) Não

( ) Sim. A nexar a cópia do laudo ou especificar o achado encontrado.

---

---

---