RQ 1056 - Formulário de Solicitação & Consentimento Informado Versão 01

Etiqueta com código de barras *

* Campo obrigatório

INFORMAÇÃO DO TESTE

Selecione o tipo de teste *
◯ Probando ◯ Trio

Reportar achados secundários da ACMG *
◯ Não ◯ Sim

INFORMAÇÕES SOBRE A AMOSTRA

Já solicitou anteriormente um teste de Veritas? *
◯ Não ◯ Sim, especificar: _____

Tipo de amostra *
◯ Saliva ◯ Sangue ◯ DNA extraído_____ µg/mL *

Data da coleta da amostra (DD/MM/AAAA) *

Repetição *
◯ Não ◯ Sim

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome *

Sobrenome *

Data de nascimento (DD/MM/AAAA) *

Endereço

Gênero *
◯ Masculino ◯ Feminino

Email

Telefone

Etnia *
◯ Branco/Caucasiano ◯ Hispânico ◯ Judeu asquenaze ◯ Afrodescendente ◯ Asiático ◯ Oriente médio ◯ Outro (especificar): _____

Indicação do teste

Receptor de medula óssea/células-tronco periféricas *
◯ Não ◯ Sim

Transfusão de sangue (se selecionar sim, entre em contato com o laboratório) *
◯ Não ◯ Sim

INFORMAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome *

Sobrenome *

Email

Centro médico e endereço *

CRM (Conselho Regional de Medicina)

Telefone

Especialidade

Fax

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO MÉDICO

Certifico que sou clínico e estou autorizado pelas leis locais a solicitar este teste e revi recentemente a documentação atual da Veritas sobre esse teste. Expliquei e obtive do paciente ou dos pais/responsável legal, se o paciente for menor de 18 anos, um consentimento informado e esse consentimento informado contêm os benefícios, riscos e limitações do teste e o uso das informações do paciente estabelecidas no formulário de consentimento livre e esclarecido da Veritas Intercontinental para este teste e as leis locais.

Assinatura do médico *

Data (DD/MM/AAAA)

* *Veritas requer que a amostra de DNA extraído cumpra os critérios de qualidade estabelecidos. Por favor, verifique com o laboratório antes de enviar este tipo de amostra.*

De acordo com as disposições do Regulamento Europeu de Proteção de Dados [G.D.P.R. (EU) 2016/679], informamos que, neste caso, a Veritas Intercontinental atua como responsável de tratamento dos dados, sendo a clínica ou o médico prescritor responsável pelo tratamento dos dados do paciente.

VERITAS INT., S.L.
Pº CASTELLANA 101 - 28046 MADRID - SPAIN
CONTACT: +34 915 62 36 75 - info@veritasint.com
www.veritasint.com

DB Molecular
RUA CARDOSO DE ALMEIDA, 1460 - PERDIZES - SP CEP: 05013-001
CONTACT: +55 0800 643 0376 – Ramal: +55 00 3868-9855
www.dbmolecular.com.br

INFORMAÇÃO DOS PAIS BIOLÓGICOS

PARA A ANÁLISE TRIO AS AMOSTRAS DOS PAIS BIOLÓGICOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS. Outros membros da família não podem substituir nenhum dos pais a não ser que fale diretamente com o laboratório. Certifique-se de etiquetar as amostras dos pais com nome completo e data de nascimento - NÃO COLOQUE O NOME DO(A) FILHO/FILHA. Cada pai deve assinar o *Consentimento Informado* para a autorização do teste. Por favor, antes entre em contato com o laboratório caso envie amostras de outros familiares.

INFORMAÇÃO MATERNA

◯ Assintomática ◯ Sintomática (adicionar o resumo dos achados)

Gênero: ◯ Homem ◯ Mulher

Sobrenome:

Nome:

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Data da coleta da amostra (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Tipo de amostra:

◯ Sangue (São solicitados 2 tubos EDTA de 5-10mL)

◯ DNA extraído _____ µg/mL* (mínimo de 15 µg a 25-100 ng/µL)

Número da amostra:

INFORMAÇÃO PATERNA

◯ Assintomático ◯ Sintomático (adicionar o resumo dos achados)

Gênero: ◯ Homem ◯ Mulher

Sobrenome:

Nome:

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Data da coleta da amostra (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Tipo de amostra:

◯ Sangue (São solicitados 2 tubos EDTA de 5-10mL)

◯ DNA extraído _____ µg/mL* (mínimo de 15 µg a 25-100 ng/µL)

Número da amostra:

INFORMAÇÃO DE FAMILIARES ADICIONAIS

MEMBRO DA FAMÍLIA 1

Relação com o probando: _____

◯ Assintomático ◯ Sintomático (adicionar o resumo dos achados)

Gênero: ◯ Homem ◯ Mulher

Sobrenome:

Nome:

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Data da coleta da amostra (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Tipo de amostra:

◯ Sangue (São solicitados 2 tubos EDTA de 5-10mL)

◯ DNA extraído _____ µg/mL* (mínimo de 15 µg a 25-100 ng/µL)

Número da amostra:

MEMBRO DA FAMÍLIA 2

Relação com o probando: _____

◯ Assintomático ◯ Sintomático (adicionar o resumo dos achados)

Gênero: ◯ Homem ◯ Mulher

Sobrenome:

Nome:

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Data da coleta da amostra (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Tipo de amostra:

◯ Sangue (São solicitados 2 tubos EDTA de 5-10mL)

◯ DNA extraído _____ µg/mL* (mínimo de 15 µg a 25-100 ng/µL)

Número da amostra:

** Veritas requer que a amostra de DNA extraído cumpra os critérios de qualidade estabelecidos. Por favor, verifique com o laboratório antes de enviar este tipo de amostra.*

Seção obrigatória

INFORMAÇÃO CLÍNICA

INDICAÇÕES PARA REALIZAR O TESTE

Especifique os achados clínicos mais relevantes do paciente (Probando) para identificar um transtorno genético específico. Por favor, adicione os relatórios médicos relacionados com os achados clínicos do Probando (Informação clínica detalhada é crucial para uma correta interpretação do teste).

Testes genéticos prévios relevantes:

◯ Array CGH ◯ Cariótipo ◯ X frágil ◯ Único gene ◯ Painel de genes

◯ Teste metabólico ◯ Outro: _____

Envie uma cópia dos resultados do teste

Genes de interesse/Diagnóstico diferencial

História familiar (adicione a árvore genealógica): Lembre-se de marcar o Probando com uma flecha e indicar de quais membros da família também enviaram amostra ao laboratório. Especifique se outros familiares estão afetados ou não pela mesma patologia do Probando. Certifique-se de indicar qualquer relação de consanguinidade conhecida.

◯ História familiar não disponível/desconhecida

Por favor selecione da lista a seguir as indicações clínicas presentes no Probando. *Seção obrigatória*

Pré-natal/ Achados do Recém-nascido
- Achados ecográficos anormais (enumerar)
- Defeito cardíaco
- Hernia diafragmática congênita
- Higroma cístico
- Encefalocele
- Aumento da translucência nucal
- Retardo de Crescimento Intrauterino (RCIU)
- Macrossomia
- Defeitos do tubo neural
- Hidropsia fetal não imune
- Oligodrâmnio
- Hernia umbilical
- Polihidrâmnio
- Prematuro - idade gestacional no nascimento (especificar)
- Displasias esqueléticas
- Natimorto
- Morte súbita infantil
- Exposições teratogênicas
- Outro:

Achados Neuromusculares
- Movimentos anormais
- Alzheimer/Demência
- Arreflexia, hiporreflexia, hiperreflexia
- Ataxia
- Coréia
- Distonia
- Encefalopatia
- Intolerância ao exercício/Fadiga
- Heterotopia
- Hipertonia
- Hipotonia
- Distrofia muscular
- Debilidade muscular
- Neuropatia
- Parkinson
- Convulsões/Epilepsia (especificar)
- Enxaqueca severa/Dores de cabeça
- Epasticidade
- Acidente cerebrovascular (AC) Episódios similares a AC
- Torcicolo
- Outro:

Achados do desenvolvimento e comportamento
- Transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)
- Transtorno do espectro autista/Características autistas
- Atraso motor
- Atraso na fala e atraso no desenvolvimento de linguagem
- Regressão de desenvolvimento
- Atraso no desenvolvimento
- Atraso no desenvolvimento global
- Deficiência intelectual/RM
- Deficiência de aprendizagem
- Comportamentos estereotipados
- Transtorno Psiquiátrico
- Outro:

Achados craniofaciais
- Anomalia do nariz externo
- Anomalia das fissuras palpebrais
- Anomalia da depressão infranasal
- Anomalia dos dentes
- Cisto de fenda branquial
- Atresia coanal
- Fenda labial e/ou palatina
- Características faciais grosseiras
- Craniossinostose (especificar)
- Atraso do fechamento das fontenelas
- Epicanto
- Ponte nasal plana
- Proeminência frontal
- Microssomia hemifacial
- Hipertelorismo
- Hipotelorismo
- Fissura labial
- Orelhas de implantação baixa
- Macrocefalia
- Macroglossia
- Hipoplasia malar
- Microcefalia
- Micrognatia
- Microtia
- Apêndice pré-auricular
- Prognatismo
- Columela proeminente
- Defeito do couro cabeludo
- Pescoço largo
- Outro:

Achados esqueléticos:
- Ausência/Hipoplasia de clavículas
- Aracnodactilia
- Camptodactilia
- Clinodactilia
- Pé torto (talipes equinovarus)
- Hemihipertrofia
- Displasia do quadril
- Contraturas articulares
- Hipermobilidade/Hiperextensibilidade das articulaçoes
- Cifose
- Hipoplasia de membros (especificar)
- Lordose
- Baixa densidade óssea
- Oligodactilia
- Pectus carinatum ou excavatum
- Polidactilia
- Fraturas recorrentes/excessivas
- Escoliose
- Baixa estatura
- Displasia esquelética
- Sindactilia
- Estatura alta
- Anomalia vertebral
- Outro:

Achados nas Estruturas Cerebrais
- Anomalia na substância branca cerebral
- Anomalia nos gânglios basais
- Anomalia do tronco cerebral
- Agenesia do corpo caloso
- Aplasia/Hipoplasia do cerebelo
- Atrofia cerebral
- Desmielinização cerebral / Hipomielinização cerebral
- Displasia cerebral
- Encefalocele
- Holoprosencefalia
- Hidrocefalia
- Leucoencefalopatia
- Lisencefalia
- Paquigiria
- Polimicrogiria
- Ventriculomegalia
- Outro:

Achados auditivos
- Anormalidade do pavilhão auricular
- Perda auditiva condutiva (indicar se congênita e/ou bilateral)
- Vincos no nódulo da orelha
- Orifícios no ouvido
- Marcas no ouvido
- Malformação do ouvido externo
- Perda auditiva (tipo desconhecido)
- Perda auditiva mista (indicar se congênita e/ou bilateral)
- Perda progressiva ou estática
- Perda auditiva neurossensorial (indicar se congênita e/ou bilateral)
- Outro:

Achados Endócrinos
- Anomalia da glândula adrenal
- Crescimento assimétrico
- Puberdade tardia
- Diabetes insípida
- Diabetes mellitus
- Puberdade precoce
- Insuficiência pancreática exócrina
- Diabetes gestacional
- Desequilíbrio hormonal (crescimento, sexual)
- Hipercalcemia
- Hiperparatireoidismo
- Hipertireoidismo
- Hipocalcemia
- Hipogonadismo
- Hipoparatireidismo
- Hipotireoidismo
- Imunodeficiência
- Obesidade
- Organomegalia
- Crescimento pós-natal retardado
- Outro:

Por favor selecione da lista a seguir as indicações clínicas presentes no Probando. *Seção obrigatória*

Achados oftalmológicos

- Anidiria
- Anoftalmia
- Blefarofimose
- Cegueira
- Esclera azul
- Catarata (indicar se congênita e/ou bilateral)
- Coloboma
- Hipertrofia congênita do epitélio pigmentar da retina
- Ectopia lentis
- Pálpebras invertidas
- Glaucoma
- Pálpebras caídas
- Anomalia da íris
- Micro-córnea ceratocone
- Defeito no canal lacrimal
- Nódulo de Lisch
- Microftalmia/Anoftalmia
- Miopia
- Nistagmo
- Atrofia óptica
- Ptose
- Transtorno retinal
- Retinose pigmentar
- Estrabismo
- Outro:

Achados metabólicos:

- Acidose
- Creatinina plasmática diminuída
- Alanina elevada
- Piruvato elevado
- Níveis séricos anormais de creatina fosfoquinase (CPK)
- Hiperamonemia
- Hiperglicemia
- Hiperfenilalaninemia
- Hipoamonemia
- Hipoglicemia
- Cetose
- Acidose láctica/ Acidemia
- Doença mitocondrial
- Acidúria orgânica
- Outro:

Achados Dermatológicos

- Bolhas anormais na pele ou mucosa
- Vincos anormais na pele
- Textura anormal do cabelo (frágil, grosso, encaracolado / seco)
- Anormalidade das unhas
- Ausência de glândulas sudoríparas
- Alopecia
- Angioceratoma
- Nevos atípicos
- Manchas de café-com-leite
- Cutis marmorata
- Eczema/ Pele seca
- Hipertricose generalizada
- Hemangioma
- Hirsutismo
- Pele hipersensível
- Manchas hipermelanóticas
- Hiperpigmentação da pele
- Hipopigmentação da pele
- Ictiose
- Sardas inguinais e axilares
- Pele flácida e redundante
- Múltiplos lentigos
- Hipoplasia ou displasia das unhas
- Infecções recorrentes da pele
- Lesões/ marcas da pele
- Erupção cutânea
- Telangiectasia
- Pele fina
- Malformação vascular
- Outro:

Achados Imunológicos

- Imunoglobulinas anormais
- Macrófagos anormais
- Alergias
- Transtornos autoimunes
- Infecções crônicas
- Inflamação difusa
- Doença de Graves
- Tireoide de Hashimoto
- Hipogamaglobulina
- Lúpus (LES, lupus eritematoso sistêmico)
- Anomalia de nódulo linfático
- Infecções recorrentes ou incomuns
- Febre recorrente ou sem explicação
- Artrite reumatoide
- Síndrome de Sjogren
- Hipoplasia tímica
- Outro:

Achados cardiovasculares

- Eletrocardiograma anormal
- Ventrículo cardíaco anormal
- Anomalia em válvula
- Aneurisma
- Dilatação da raiz aórtica
- Arritmia/ Defeito de condução
- Malformação arteriovenosa
- Defeito septal auricular
- Rabdomiossarcoma cardíaco
- Anomalia do seio cardíaco
- Cardiomiopatia
- Coarctação da aorta
- Hernia diafragmática
- IAM (infarto agudo do miocárdio)
- Doença cardíaca
- Hipertensão
- Coração esquerdo hipoplásico
- Prolapso da válvula mitral
- Forame oval patente
- Tetralogia de Fallot
- Defeito do septo ventricular
- Outro:

Achados Hematológicos

- Anemia
- Insuficiência da medula óssea
- Transtorno de coagulação (especificar)
- Volume médio de plaquetas diminuído
- Macrocitose eritrocitária
- Hematomas excessivos
- Hematoma
- Hemofilia
- Excesso de ferro
- Leucopenia
- Macrotrombocitopenia
- Neutropenia (congênita, crônica, cíclica)
- Aplasia pura de células vermelhas (aplásica ou hipoplásica)
- Anemia de células falciformes
- Esferocitose
- Talassemia
- Trombocitopenia
- Trombose
- Outro:

Por favor selecione da lista a seguir as indicações clínicas presentes no Probando. *Seção obrigatória*

Achados pulmonares:
- Apneia
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (EPOC)
- Fibrose cística
- Hiperventilação
- Hipoventilação
- Fibrose pulmonar
- Pneumotórax (colapso pulmonar)
- Infecções da via respiratória superior recorrente
- Parada respiratória
- Insuficiência respiratória
- Outro:

Achados genitais:
- Anormalidade do rim
- Anormalidade do escroto
- Anormalidade dos testículos
- Anormalidade do ureter
- Anormalidade da uretra
- Genitais ambíguos
- Amenorreia
- Defeitos anais
- Insensibilidade androgênica
- Útero bicorno
- Escroto bífido
- Hiperplasia adrenal congênita
- Criptorquidia
- Hidronefrose
- Hipogonadismo
- Hipoplasia dos grandes lábios
- Hipospadia
- Cisto renal
- Insuficiência renal
- Micropênis
- Falha/ Insuficiência prematura do ovário
- Reversão sexual
- Atresia vaginal
- Outro:

Achados gastrointestinais
- Função hepática anormal
- Atresia anal
- Asplenia/ Poliesplenia
- Proliferação do ducto biliar
- Atresia biliar
- Constipação crônica
- Diarréia crônica
- Cirrose
- Doença de Crohn
- Esvaziamento gástrico retardado
- Hernia diafragmática
- Diarreia
- Esofagite eosinofílica
- Vômito persistentes ou recorrentes
- Atresia esofágica
- Refluxo gastroesofágico
- Gastroparesia
- Gastrosquise / Onfalocele
- Insuficiência hepática
- Hepatomegalia
- Heterotaxia
- Doença de Hirschsprung
- Doença inflamatória intestinal
- Má-rotação intestinal
- Pseudo-obstrução intestinal
- Icterícia
- Cisto hepático
- Insuficiência hepática
- Pancreatite
- Pólipos (especificar localização)
- Estenose pilórica
- Esplenomegalia
- Fístula traqueoesofágica
- Colite ulcerosa
- Outro:

Câncer/ Achados de Malignidade (incluir idade(s) do começo)
- Mama
- colorretal
- Tuba uterina
- Leucemia
- Pulmão
- Linfoma
- Melanoma
- Ovárico
- Pancreático
- Peritônio primário
- Próstata
- Outro:

Entendo que:

1. Propósito do teste:

Entendo que a Veritas Intercontinental (doravante, Veritas) realizará o teste **myGenome com o Serviço de Interpretação Diagnóstica (myGenomeDx)**, que utiliza a análise do sequenciamento do genoma completo (do inglês, *Whole Genome Sequencing* - WGS) do meu material genético (chamado DNA). Este teste irá sequenciar ou "ler" meu DNA e identificará variantes (alterações) no meu material genético (consulte Limitações na seção 2).

Entendo que o **Serviço de Interpretação Diagnóstica** é para indivíduos com histórico médico complexo ou sintomas que sugerem uma doença genética. A interpretação diagnóstica de meus dados genômicos está baseado em meus achados e sintomas clínicos fornecidos. Este serviço pode ajudar a identificar essas variantes, que podem orientar meu cuidado médico, prognóstico e tratamento. Se eu tiver dúvidas sobre uma doença em mim e/ou na minha família, estou ciente de que devo discutir opções médicas e/ou testes genéticos adicionais mais apropriados.

2. Informações e limitações do sequenciamento do genoma completo:

- O Sequenciamento do Genoma Completo (WGS) é o processo de determinação de minha sequência completa de DNA. Esse processo envolve visualizar tanto as regiões codificantes quanto eliminar as não codificantes do meu DNA, sujeito às limitações descritas a seguir.
- O teste utiliza uma tecnologia de sequenciamento de última geração (do inglês, *Next Generation Sequencing* - NGS) para sequenciar meu DNA. Os dados gerados neste processo são analisados em busca de variantes no DNA. Apenas as variantes que são conhecidas ou suspeitas de estarem relacionadas com a(s) indicação(ões) clínica(s) do teste serão interpretadas e relatadas, a menos que eu tenha optado por receber achados secundários (ver Achados secundários e inesperados na seção 6). As variantes patogênicas e provavelmente patogênicas relatadas podem ser confirmadas mediante um segundo método de análise.
- Entendo que, devido as limitações da tecnologia atual, existem regiões do genoma que não são acessíveis mediante sequenciamento e que determinados tipos de variantes não podem ser detectadas pelo teste. Essas variantes incluem grandes deleções/duplicações, expansões de sequências repetidas, inversões, translocações e grandes rearranjos estruturais, que são responsáveis por algumas doenças genéticas. Além disso, a tecnologia utilizada pode ser incapaz de determinar se as variantes estão localizadas no mesmo cromossomo ou em cromossomos do mesmo par.

3. Interpretação e Relatório

- O **Serviço com Interpretação Diagnóstica** relatará apenas variantes relacionadas as minhas indicações clínicas para as quais o teste foi solicitado, conforme fornecido no Formulário de Solicitação pelo meu médico prescritor, a menos que tenha sido solicitado a análise de achados secundários.
- As variantes identificadas são avaliadas com base nas diretrizes publicadas pelo Colégio Americano de Genética e Genômica Médica (ACMG, *American College of Medical Genetics and Genomics*) (PMID: 25741868).
- Veritas interpreta todas as variantes detectadas nos genes relacionados com a indicação clínica do teste, utilizando banco de dados públicos (Ex. ClinVar), mediante um software de análise específico para interpretação e classificação de variantes genéticas.
- Em qualquer laboratório de diagnóstico genético podem ocorrer falsos positivos ou falsos negativos por várias razões, incluindo, mas não se limitando a, erros de laboratório em qualquer fase do processo ou por circunstâncias incomuns como, por exemplo, transplante de medula óssea ou transfusão de sangue recentes, mosaicismo genético, informação incorreta sobre o histórico médico familiar/pessoal ou de relações familiares do paciente.
- Um relatório será fornecido através de meu médico prescritor. As variantes classificadas como causadoras de doença ou possível causa de doença (variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas) serão incluídas. Além disso, as variantes de significado incerto (do inglês, VUS ou VOUS) em genes estabelecidos e/ou novos genes associados às minhas indicações clínicas serão relatadas. As variantes benignas e provavelmente benignas não serão relatadas.
- A análise genética é uma área de rápida evolução. Como a informação médica continua avançando, é importante saber que nem todos os genes associados à doença foram identificados e que o significado clínico das variantes em muitos genes não é compreendido neste momento. A interpretação proporcionada em seu relatório está baseada na informação disponível no momento da análise e pode mudar no futuro a medida que existam mais informações disponíveis. Por exemplo, existe a possibilidade de que futuros avanços médicos possam determinar que uma variante que atualmente é considerada patogênica seja benigna, ou que uma variante que atualmente é considerada benigna seja patogênica.
- Se novos sintomas ou preocupações surgirem no futuro, meus dados poderão passar por uma reinterpretação diagnóstica com um valor adicional após um ano da emissão do relatório inicial, a pedido do meu médico solicitante.
- A Veritas fornecerá apenas uma cópia do meu relatório de resultados para outros indivíduos/médicos se eles tiverem minha permissão por escrito (Formulário ¨*Informação de Saúde Protegida*¨ da Veritas).
- Meu relatório de resultados pode se tornar parte do meu histórico médico.

4. Resultados Possíveis:

- **Resultado positivo:** Um resultado positivo indica que uma ou mais variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas foram identificadas. Esse tipo de resultado poderá explicar meus sinais e sintomas clínicos e fornecer um diagnóstico genético e/ou estabelecer um risco de doença. Não indica que você irá desenvolver com 100% de certeza a doença associada com a(s) variante(s) identificada(s). O resultado do teste poderá ser capaz de prever o meu prognóstico, a gravidade ou o início da condição identificada, bem como impactar nas decisões do cuidado médico, incluindo as opções de tratamento. Todos os achados positivos deverão ser discutidos com o meu médico para avaliar se eles explicam meus sinais e sintomas clínicos e se estão indicados mudanças em meu cuidado médico.

- **Resultado inconclusivo (variante de significado incerto):** A identificação de uma variante (s) de significado incerto (do inglês, VUS ou VOUS) não confirma um diagnóstico genético ou risco de doença. A VUS é uma variante do DNA cujo o significado é incerto, geralmente, devido à evidência limitada ou conflitante publicada na literatura médica. Na ausência de mais informações, a interpretação da (s) variante (s) não é conclusiva. Todos os resultados inconclusivos devem sempre ser tratados com meu profissional médico. Entendo que a relevância clínica desses dados não é clara e que está sujeita a investigações adicionais no decorrer de meus cuidados médicos. Eu entendo que uma VUS pode ser classificada como uma variante benigna ou patogênica no futuro.
- **Resultado negativo:** Um resultado negativo no teste indica que não foi identificada nenhuma variante patogênica, provavelmente patogênica ou VUS. Neste caso, o teste não conseguiu identificar uma causa genética para os meus sinais e sintomas clínicos. As decisões de conduta médica devem ser tomadas com base em minha sintomatologia atual, assim como meu histórico médico e familiar e classificada ser tratados com meu médico. Um relatório negativo não exclui a possibilidade de apresentar diagnóstico genético e pode ser que sejam recomendados testes genéticos adicionais no presente ou no futuro. Por exemplo, se houver suspeita de uma determinada doença genética, poderá ser indicada uma avaliação direcionada dos genes conhecidos por métodos de análise alternativos (como a análise do número de cópias). Isso pode ser algo particularmente importante a considerar se apenas uma variante foi identificada em um gene associado a uma doença autossômica recessiva. O estudo adicional para avaliar a presença de uma segunda variante patogênica seria justificado. Além disso, esse teste poderá não detectar uma variante patogênica devido a limitações técnicas (consulte Limitações na seção 2) e ao conhecimento científico atual.

5. Informação clínica e análise de membros da família:

- Veritas necessita de informações médicas sobre mim e minha família para interpretar meus dados genômicos de maneira apropriada. Serão utilizadas todas as informações relacionadas a minha saúde fornecidas pelo(s) meu(s)médico(s), incluindo histórico médico e familiar, para interpretar meus resultados.
  - A Veritas poderá precisar entrar em contato com o meu médico solicitante para obter informações adicionais sobre minha saúde, caso não tenha sido fornecido no Formulário de Solicitação no momento da solicitação do teste.
- É recomendado que as amostras biológicas dos pais (estudo TRIO) sejam enviadas quando disponíveis, pois poderão ser usadas para ajudar a interpretar meus dados genéticos. No caso da solicitação do TRIO, o WGS também é realizado nas amostras dos pais. O estudo TRIO tem um custo mais alto do que o estudo limitado apenas ao probando.
- A presença de variantes identificadas nas amostras dos pais poderá ser confirmada por um segundo método de análise, se essas variantes estiverem relacionadas à indicação clínica para a realização do teste.
- Um estudo direcionado adicional dos dados dos pais poderá ser utilizado para confirmar o modo de herança, assim como novas variantes (*de novo*).
- As amostras dos pais serão utilizadas somente para interpretar os resultados do probando. Não será realizado uma interpretação independente de seus resultados e portanto, não serão emitidos relatórios separados

6. Achados secundários e inesperados:

- Este teste poderá encontrar variantes que não estão relacionadas com a(as) minha(s) indicação(ões) clínica(s) para qual se realiza o teste. Esses resultados são chamados de achados secundários (ou inesperados). Esses achados podem levar a problemas de saúde graves que podem ser melhorados ou evitados quando monitorados ou tratados. Algumas dessas patologias podem não apresentar sintomas até a idade adulta. O *American College of Medical Genetics and Genomics* (ACMG) recomenda que os laboratórios que realizam o teste de sequenciamento do exoma completo (do inglês, WES) (ou sequenciamento do genoma completo), relatem descobertas secundárias que causam um grupo específico de doenças hereditárias raras. Por exemplo, algumas dessas doenças estão associadas com maior risco de desenvolver câncer, problemas cardíacos ou complicações relacionadas à anestesia ao longo da vida.
  - Uma lista completa dos achados secundários da ACMG pode ser encontrada em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/docs/acmg/
  - A análise dessas descobertas é opcional. Eu poderei decidir se desejo ou não que essas informações sejam relatadas para mim (consulte a seção Achados Secundários do ACMG na página 11).
  - Se eu optar por receber achados secundários, os resultados serão incluídos no meu relatório de diagnóstico.
  - Achados secundários para outros membros da família testados (por exemplo, pais) não serão estudados ou relatados.
- Em raras ocasiões, um achado inesperado pode ser identificado por acaso e incluído no meu relatório. Este é um achado não incluso na lista do ACMG. Receber essa informação NÃO será opcional, como no caso de descobertas secundárias da ACMG. Os achados inesperados apenas serão incluídos em meu relatório se o conhecimento das informações puder levar a um diagnóstico que tenha um impacto em minha saúde de maneira imediata e potencialmente limitante em minha expectativa de vida.

7. Benefícios do teste:

- Compreendo que os resultados do meu teste poderão ajudar à mim e aos meus médicos a tomarem decisões mais informadas sobre meus cuidados de saúde. Poderei descobrir que tenho uma ou mais variantes genéticas que explicam meus sinais e sintomas. Essas variantes poderão me predispor a uma ou mais doenças genéticas para as quais estão disponíveis estratégias de prevenção e/ou tratamento. Conhecer essas informações também poderá ajudar a mim e minha família a receber os cuidados médicos necessários.

8. Riscos do teste:

- Risco desapercebido:
  - A informação médica sobre mim e minha família é necessária para interpretar meus dados genômicos de maneira precisa. No entanto, se as informações clínicas fornecidas à Veritas pelo meu médico solicitante não forem corretas ou insuficiente, entendo que isso poderá levar a interpretações errôneas ou a diagnósticos incorretos.

- É possível que meus resultados revelem informações sobre mim ou meus familiares que eu preferiria não saber. Por exemplo, poderei descobrir informações sobre predisposições a doenças, incluindo aquelas para as quais não há tratamento disponível ou cura. Entendo que devo conversar com meu médico ou conselheiro genético antes de realizar o teste genético, para tomar conhecimento do tipo de informação que vou receber.
- Os resultados do teste poderão afetar minha saúde ou minhas decisões reprodutivas futuras, bem como as de meus familiares.
- Poderei descobrir informações sobre possíveis diferenças nas relações familiares biológicas que podem não ser esperadas (como a não paternidade - o pai do indivíduo não é o pai biológico ou a consanguinidade - os parceiros reprodutores são parentes consanguíneos).
- O teste poderá revelar achados inesperados, não relacionados aos motivos clínicos para a realização do teste.
- O teste poderá sugerir uma causa genética incerta ou incorreta para meus sinais e sintomas devido a limitações do teste e/ou conhecimento científico limitado no momento da realização do teste.

- Possíveis efeitos colaterais na coleta de amostra: Se uma amostra de sangue é obtida como fonte de DNA, os efeitos adversos são raros, mas podem incluir inchaço, dor, hematomas, tontura, desmaio ou infecção.

9. Cuidados médicos:

- Entendo que os dados, os resultados obtidos e sua interpretação contidos no relatório do Veritas não substituem os cuidados médicos. Estou ciente de que este teste poderá identificar variantes conhecidas ou altamente suspeitas de causar uma doença grave, que poderão levar a um acompanhamento médico. Reconheço que o custo de qualquer confirmação clínica e subsequente acompanhamento médico será de minha exclusiva responsabilidade. Entendo que todas as variantes consideradas clinicamente relevantes no meu relatório devem ser confirmadas com o teste adicional antes que sejam feitas alterações nos meus cuidados de saúde.
- Entendo que qualquer decisão médica ou de saúde não deva considerar apenas os resultados do teste genético. Uma variante genética poderá causar ou aumentar o risco de desenvolver uma doença específica, contudo, para muitas doenças a genética apenas contribui em uma parte do risco global. O estilo de vida e exposições ambientais frequentemente contribuem com risco igual ou maior para minha saúde. Da mesma forma, não ter um fator de risco genético não garante que eu não vá desenvolver uma doença.

10. Aconselhamento genético:

- O aconselhamento genético é recomendado antes e depois desse teste. Os resultados podem levar a testes adicionais ou a consultas médicas. Meu médico prescritor deverá fazer a interpretação final relacionada aos resultados que o relatório do **myGenomeDx** implicam para mim e fornecer as recomendações apropriadas para o seguimento.
- A Veritas Intercontinental proporciona um serviço de aconselhamento genético que poderá implicar em um custo adicional. Para obter informações adicionais poderei entrar em contato através do email para consejo.genetico@veritasint.com para solicitar uma consulta com um de nossos conselheiros genéticos.

11. Implicações para minha família:

- Os resultados poderá ter implicações para meus parentes de sangue (pais, irmãos, filhos, etc.). Entendo que devo conversar com meu conselheiro genético, médico ou outro profissional de saúde para considerar se compartilho ou não meus resultados com outras pessoas.

12. Exigência de amostra:

- Este teste requer uma amostra de sangue total ou DNA extraído a partir de uma amostra de sangue total. Se extrair o DNA de uma amostra de sangue total, Veritas requer que a amostra de DNA extraído cumpra os critérios de qualidade estabelecidos. Por favor, verifique com o laboratório antes de enviar este tipo de amostra.
- Ocasionalmente, uma amostra adicional poderá ser requerida se o volume, qualidade e/ou a condição da amostra inicial não forem adequados.

13. Consentimento informado para teste genético:

Eu, _____

[NOME, SOBRENOME, CPF/ PASSAPORTE] **fui informado, em meu nome ou, se aplicável, em nome da pessoa que represento, sobre as características, benefícios, riscos e limitações da realização do teste Genético myGenomeDx, e declaro que:**

- Realizo o teste **myGenomeDx** de forma voluntária e discutirei os resultados e a conduta médica apropriada com meu médico.
- Afirmo ser maior de 18 anos de idade e ser a pessoa que está solicitando o teste. Afirmo que a amostra pertence à pessoa para quem o teste é solicitado. Aceito que a Veritas poderá comunicar as autoridades, se julgar necessário, qualquer violação de identidade. Veritas se reserva o direito de cancelar o teste sem reembolso ou de não fornecer os resultados, se for determinado que modifiquei minha idade ou identidade ao solicitar o teste.
- Eu entendi a informação que foi-me fornecida. Foi-me oferecida a oportunidade de fazer perguntas e conversar com meu médico sobre os benefícios, riscos e limitações deste teste. Foram-me esclarecidas todas as dúvidas que eu pudesse ter e fui informado sobre a possibilidade de receber aconselhamento genético antes e depois do teste para entender meus resultados.
- Meu médico solicitante receberá uma cópia dos meus resultados.
- Eu li este documento na íntegra e sei que posso guardar uma cópia dos meus registros.
- As informações obtidas também podem ser relevantes para os membros da minha família. É minha decisão pessoal informá-los para que, se desejarem, possam ir a uma consulta genética especializada, onde serão informados sobre seus riscos pessoais e suas opções de saúde no futuro.
- Eu concedo o meu consentimento para realizar testes genéticos nos termos explicados acima.

* Campo obrigatório

De acordo com o estabelecido no **Regulamento Geral Europeu de Proteção de Dados** [G.D.P.R. (UE) 2016/679], e na **Lei LGPD de Proteção de Dados Brasileira** [13.709 / 18 e RDC 302/2005 da ANVISA], que confere a Proteção de Dados ao Paciente e identificação de Amostras Biológicas; e como anexo e complemento ao seu consentimento informado em proteção de dados, **solicitamos especificamente seu consentimento para as seguintes seções:**

◯ **Sim** ◯ **Não** **Autorização para a realização do teste*** Autorizo a Veritas a utilizar minha amostra, os dados que forneci e minhas informações genéticas para realizar o teste solicitado e usar meus dados internamente para melhorar o serviço.

Ao selecionar SIM, aceito expressamente que minha amostra sem identificação pessoal seja utilizada pelos laboratórios colaboradores do Veritas no Reino Unido e nos Estados Unidos, para sequenciar e analisar meu DNA, respectivamente, a fim de realizar o teste genético solicitado.

Ao selecionar SIM, autorizo a Veritas a utilizar internamente minha amostra, minha informação genética pessoal e histórico pessoal e/ou familiar fornecidos, para gerar o resultado do teste ou serviço que adquiri da Veritas de acordo com sua Política de Privacidade e Termos de Serviço. Da mesma forma, autorizo a Veritas a entregar ao meu médico solicitante e a mim o resultado deste teste.

Caso eu não tenha completado a resposta a qualquer pergunta necessária ou útil para processar minha solicitação de teste ou serviço, a Veritas poderá entrar em contato comigo para obter uma resposta.

A Veritas poderá utilizar meus dados internamente para evolução de qualidade, com a finalidade de melhorar o serviço oferecido. A Veritas poderá utilizar parte de meus dados sem identificação pessoal (o que não permite a reidentificação) para publicar as descobertas em revistas profissionais.

Autorizo a Veritas a consultar meus dados genéticos para informar-me sobre as alterações na classificação das variantes encontradas que podem ter um impacto clínico e para resolver possíveis questões que possam surgir sobre o teste. Autorizo a Veritas a entrar em contato comigo ou com meu médico solicitante para transferir essas informações.

Se eu assinalar NÃO, a Veritas não poderá me fornecer o resultado de qualquer teste genético ou serviço que eu tenha adquirido da Veritas, portanto, o acordo contrato não pode ser executado.

◯ **Sim** ◯ **Não** **Atualização de resultado:** A Veritas poderá entrar em contato comigo para me informar sobre a disponibilidade de resultados adicionais que podem me beneficiar ao ter o meu DNA sequenciado, e para me enviar informações sobre os avanços na área da genética.

Ao selecionar SIM, autorizo a Veritas a revisar meus dados genéticos para informar-me sobre a disponibilidade de relatórios adicionais dos quais posso me beneficiar, com base na atualização e no avanço das informações científicas disponíveis.

Os relatórios adicionais podem incluir novas descobertas, tais como genes nos quais descobertas clinicamente acionáveis foram determinadas, novos medicamentos para as quais os achados farmacogenômicos estão disponíveis, novos achados como um alelo de risco adicional que possa ser de interesse ou novas características genéticas. Autorizo a Veritas a entrar em contato novamente para me notificar da disponibilidade dessas informações.

Autorizo a Veritas a enviar-me comunicados periódicos com informações sobre avanços na área da genética.

Nota: poderei retirar este consentimento a qualquer momento e poderei também solicitar que a Veritas exclua meus dados. (Para mais informações, escreva para infobrasil@veritasint.com).

◯ **Sim** ◯ **Não** **Recontato para fornecer informações:** A Veritas poderá entrar em contato comigo para solicitar informação médica adicional, oferecer novos produtos que possam ser interessantes para mim ou solicitar meu feedback sobre a experiência como cliente.

A Veritas poderá entrar e contato comigo diretamente ou através de um serviço de pesquisa com terceiros para coletar formalmente as seguintes informações:

- Informações adicionais relacionadas à saúde ou outras informações que poderão ser úteis para melhorar a interpretação do sequenciamento do genoma/exoma.
- Informações sobre novos produtos e serviços de saúde oferecidos pelo Veritas que poderão me interessar.
- Avaliação da minha experiência como cliente para colaborar na melhoria da experiência com a Veritas.

Poderei retirar este consentimento a qualquer momento entrando em contato com: infobrasil@veritasint.com.

* Campo obrigatório

◯ **Sim** ◯ **Não** **Uso dos meus dados para pesquisa:** Autorizo a Veritas a usar meus dados, uma vez que eliminada a identificação pessoal, para ser processada para seu armazenamento com fins de interesse público, para pesquisas científicas ou históricas ou para fins estatísticos.

Ao selecionar SIM, autorizo a Veritas a salvar e a usar minha amostra e meus dados genéticos, para ser processada para seu armazenamento com fins de interesse público, para investigação científica ou histórica, ou com fins estatísticos. Este objetivo está incluído no artigo 89 do Regulamento Geral Europeu de Proteção de Dados [G.D.P.R. (UE) 2016/679] e RDC 302/2005 da ANVISA.

Ao assinalar NÃO, a Veritas produzirá os resultados do meu teste, mas não usará minha amostra restante de forma alguma para realizar ou participar de pesquisas científicas ou históricas.

Entendo que não adquiro nenhum direito de propriedade de qualquer tipo em qualquer investigação que possa ser desenvolvida, mesmo se eu consentir em compartilhar meus dados.

Nota: A Veritas se compromete, e obterá o compromisso de qualquer pesquisador colaborador, de que (1) meus dados não serão utilizados sem meu consentimento adicional para me reidentificar; e (2) meus dados não serão transferidos no futuro sem meu consentimento adicional. Poderei retirar este consentimento a qualquer momento e também poderei solicitar à Veritas que exclua meus dados e instrua qualquer colaborador de pesquisa a excluir meus dados, escrevendo para: infobrasil@veritasint.com.

Seção para o relatório opcional de achados secundários do *American College of Medical Genetics* (ACMG) (somente PROBANDO) *

Por favor, leia as declarações abaixo cuidadosamente e marque a caixa apropriada com suas iniciais. Devido à natureza da metodologia WGS usada, a Veritas Intercontinental não pode garantir que todas as variantes causadoras de doenças dos genes do ACMG sejam detectadas por este teste. Se você ou alguém da sua família tiver sinais e sintomas suspeitos de qualquer uma dessas doenças relacionadas ao ACMG (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/docs/acmg/), é recomendada uma análise específica mais completa da doença.

Se nenhuma das opções abaixo estiver selecionada ou se o formulário não estiver assinado, o laboratório usará como padrão a opção NÃO REPORTAR.

As variantes patogênicas nos genes incluídos na declaração de política da ACMG sobre recomendações para relatar descobertas secundárias serão informadas, como medicamente acionáveis, no meu relatório **myGenomeDx.**

_____ ◯ SIM Por favor relatar variantes patogênicas em genes determinados como clinicamente acionáveis pela declaração de política da ACMG.

_____ ◯ NÃO Por favor, NÃO relate variantes patogênicas em genes incluídos na declaração de política da ACMG.

ASSINATURA DO PACIENTE

Nome * Data (DD/MM/AAAA)

Sobrenome * Assinatura *

CPF/RG

ASSINATURA DO TUTOR LEGAL (SEJA MENOR OU INCAPAZ)

Relacionamento com o PROBANDO * _____

Nome * Data (DD/MM/AAAA)

Sobrenome * Assinatura *

CPF/RG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO QUE SOLICITA O CONSENTIMENTO

Nome * Data (DD/MM/AAAA)

Sobrenome * Assinatura *

CPF/RG

De acordo com as disposições do Regulamento Europeu de Proteção de Dados [G.D.P.R. (EU) 2016/679], informamos que, neste caso, a Veritas Intercontinental atua como responsável de tratamento dos dados, sendo a clínica ou o médico prescritor responsável pelo tratamento dos dados do paciente.

PARA OS PEDIDOS DE TESTE DE TRIO E TESTES DE OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA, preencha as seções aplicáveis abaixo.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS PAIS DO PACIENTE (PROBANDO)

Consentimento Materno (completar pela mãe biológica):

Entendo que minha amostra está sendo testada para ajudar a entender os resultados do Sequenciamento do Genoma Completo (do inglês, WGS) de meu/minha filho(a) e realizar sua interpretação diagnóstica. O Sequenciamento do Genoma Completo (WGS) será realizado em minha amostra. Um segundo método de análise poderá ser realizado para confirmar variantes causadoras de doenças, se as variantes identificadas estiverem relacionadas com a indicação clínica para a realização do teste de meu/minha filho(a). Além disso, análises direcionadas poderão ser realizadas para determinar o modo de herança ou para confirmar novas variantes (*de novo*).

Um médico me explicou o objetivo, métodos, benefícios e limitações do serviço de Interpretação Diagnóstica. Entendo que não receberei um relatório de resultados separado. No entanto, o relatório de meu/minha filho(a) poderá incluir informações sobre mim. Essas informações poderão incluir variantes de DNA relacionadas aos sinais e sintomas de meu/minha filho(a).

Eu reconheço o seguinte:

- Minha participação no teste genético é voluntária.
- Foi-me oferecida a possibilidade de fazer perguntas e conversar com meu médico ou o médico de meu/minha filho(a) sobre os benefícios, riscos e limitações do teste. Fui informado sobre a disponibilidade de aconselhamento genético para me ajudar a entender meus resultados e os de meu/minha filho(a).
- Certifico que tenho 18 anos de idade ou mais.
- Eu li este documento na íntegra e percebo que posso guardar uma cópia para meus registros.
- Entendo que não receberei um relatório de resultados separado.
- Concordo em usar minha amostra para ajudar na interpretação do teste **myGenomeDx** de meu/minha filho(a). Se o teste revelar informações sobre mim, discutirei os resultados com o médico de meu/minha filho(a) para determinar se testes genéticos adicionais e/ou tratamento médico são recomendados.

◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a usar qualquer amostra restante e dados de teste (com o nome e todas as informações pessoais removidas) para melhoria de qualidade e/ou publicação.

◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a me contatar e reunir informações adicionais para melhorar o serviço do Veritas.

Consentimento Paterno (completar pelo pai biológico):

Entendo que minha amostra está sendo testada para ajudar a entender os resultados do Sequenciamento do Genoma Completo (do inglês, WGS) de meu/minha filho(a) e realizar sua interpretação diagnóstica. O Sequenciamento do Genoma Completo (WGS) será realizado em minha amostra. Um segundo método de análise poderá ser realizado para confirmar variantes causadoras de doenças, se as variantes identificadas estiverem relacionadas com a indicação clínica para a realização do teste de meu/minha filho(a). Além disso, análises direcionadas poderão ser realizadas para determinar o modo de herança ou para confirmar novas variantes (*de novo*).

Um médico me explicou o objetivo, métodos, benefícios e limitações do serviço de Interpretação Diagnóstica. Entendo que não receberei um relatório de resultados separado. No entanto, o relatório de meu/minha filho(a) poderá incluir informações sobre mim. Essas informações poderão incluir variantes de DNA relacionadas aos sinais e sintomas de meu/minha filho(a).

Eu reconheço o seguinte:

- Minha participação no teste genético é voluntária.
- Foi-me oferecida a possibilidade de fazer perguntas e conversar com meu médico ou o médico de meu/minha filho(a) sobre os benefícios, riscos e limitações do teste. Fui informado sobre a disponibilidade de aconselhamento genético para me ajudar a entender meus resultados e os de meu/minha filho(a).
- Certifico que tenho 18 anos de idade ou mais.
- Eu li este documento na íntegra e percebo que posso guardar uma cópia para meus registros.
- Entendo que não receberei um relatório de resultados separado.
- Concordo em usar minha amostra para ajudar na interpretação do teste **myGenomeDx** de meu/minha filho(a). Se o teste revelar informações sobre mim, discutirei os resultados com o médico de meu/minha filho(a) para determinar se testes genéticos adicionais e/ou tratamento médico são recomendados.

◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a usar qualquer amostra restante e dados de teste (com o nome e todas as informações pessoais removidas) para melhoria de qualidade e/ou publicação.

◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a me contatar e reunir informações adicionais para melhorar o serviço do Veritas.

ASSINATURA DA MÃE	
Nome	Data (DD/MM/AAAA)
Sobrenome	Assinatura
RG/CPF	

ASSINATURA DO PAI	
Nome	Data (DD/MM/AAAA)
Sobrenome	Assinatura
RG/CPF	

De acordo com as disposições do Regulamento Europeu de Proteção de Dados [G.D.P.R. (EU) 2016/679], informamos que, neste caso, a Veritas Intercontinental atua como responsável de tratamento dos dados, sendo a clínica ou o médico prescritor responsável pelo tratamento dos dados do paciente.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA DO PROBANDO

Consentimento adicional do membro da família 1:

Entendo que minha amostra está sendo testada para ajudar a entender os resultados do Sequenciamento do Genoma Completo (do inglês, WGS) de meu/minha familiar e realizar sua interpretação diagnóstica. O Sequenciamento do Genoma Completo (do inglês, WGS) será realizado em minha amostra. Um segundo método de análise poderá ser realizado para confirmar variantes causadoras de doenças, se as variantes identificadas estiverem relacionadas com a indicação clínica para a realização do teste de meu familiar. Além disso, análises direcionadas poderão ser realizadas para determinar o modo de herança ou para confirmar novas variantes (*de novo*).

Um médico me explicou o objetivo, métodos, benefícios e limitações do serviço de Interpretação Diagnóstica. Entendo que não receberei um relatório de resultados separado. No entanto, o relatório do meu familiar poderá incluir informações sobre mim. Essas informações poderão incluir variantes de DNA relacionadas aos sinais e sintomas de meu familiar.

Eu reconheço o seguinte:

- Minha participação no teste genético é voluntária.
- Foi-me oferecida a possibilidade de fazer perguntas e conversar com meu médico ou o médico de meu/minha familiar sobre os benefícios, riscos e limitações do teste. Fui informado sobre a disponibilidade de aconselhamento genético para me ajudar a entender meus resultados e os de meu/minha familiar.
- Eu li este documento na íntegra e percebo que posso guardar uma cópia para meus registros.
- Entendo que não receberei um relatório de resultados separado.
- Concordo em usar minha amostra para ajudar na interpretação do teste **myGenomeDx** de meu/minha familiar. Se o teste revelar informações sobre mim, discutirei os resultados com o médico de meu/minha familiar para determinar se testes genéticos adicionais e/ou tratamento médico são recomendados.

  ◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a usar qualquer amostra restante e dados de teste (com o nome e todas as informações pessoais removidas) para melhoria de qualidade e/ou publicação.

  ◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a me contatar e reunir informações adicionais para melhorar o serviço do Veritas.

ASSINATURA DO MEMBRO DA FAMÍLIA	
Relação com o PROBANDO:	
Nome	Data (DD/MM/AAAA)
Sobrenome	Assinatura
RG/CPF	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL (SE MENOR)	
Nome	Data (DD/MM/AAAA)
Sobrenome	Assinatura
RG/CPF	

Consentimento adicional do membro da família 2:

Entendo que minha amostra está sendo testada para ajudar a entender os resultados do Sequenciamento do Genoma Completo (do inglês, WGS) de meu/minha familiar e realizar sua interpretação diagnóstica. O Sequenciamento do Genoma Completo (do inglês, WGS) será realizado em minha amostra. Um segundo método de análise poderá ser realizado para confirmar variantes causadoras de doenças, se as variantes identificadas estiverem relacionadas com a indicação clínica para a realização do teste de meu familiar. Além disso, análises direcionadas poderão ser realizadas para determinar o modo de herança ou para confirmar novas variantes (*de novo*).

Um médico me explicou o objetivo, métodos, benefícios e limitações do serviço de Interpretação Diagnóstica. Entendo que não receberei um relatório de resultados separado. No entanto, o relatório do meu familiar poderá incluir informações sobre mim. Essas informações poderão incluir variantes de DNA relacionadas aos sinais e sintomas de meu familiar.

Eu reconheço o seguinte:

- Minha participação no teste genético é voluntária.
- Foi-me oferecida a possibilidade de fazer perguntas e conversar com meu médico ou o médico de meu/minha familiar sobre os benefícios, riscos e limitações do teste. Fui informado sobre a disponibilidade de aconselhamento genético para me ajudar a entender meus resultados e os de meu/minha familiar.
- Eu li este documento na íntegra e percebo que posso guardar uma cópia para meus registros.
- Entendo que não receberei um relatório de resultados separado.
- Concordo em usar minha amostra para ajudar na interpretação do teste **myGenomeDx** de meu/minha familiar. Se o teste revelar informações sobre mim, discutirei os resultados com o médico de meu/minha familiar para determinar se testes genéticos adicionais e/ou tratamento médico são recomendados.

  ◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a usar qualquer amostra restante e dados de teste (com o nome e todas as informações pessoais removidas) para melhoria de qualidade e/ou publicação.

  ◯ **Sim** ◯ **Não** Autorizo a Veritas a me contatar e reunir informações adicionais para melhorar o serviço do Veritas.

ASSINATURA DO MEMBRO DA FAMÍLIA	
Relação com o PROBANDO:	
Nome	Data (DD/MM/AAAA)
Sobrenome	Assinatura
RG/CPF	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL (SE MENOR)	
Nome	Data (DD/MM/AAAA)
Sobrenome	Assinatura
RG/CPF	

De acordo com as disposições do Regulamento Europeu de Proteção de Dados [G.D.P.R. (EU) 2016/679], informamos que, neste caso, a Veritas Intercontinental atua como responsável de tratamento dos dados, sendo a clínica ou o médico prescritor responsável pelo tratamento dos dados do paciente.