

RQ 0991 - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TESTE DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE PRECISÃO

Os campos sinalizados com (*) são de preenchimentos obrigatórios para a realização do estudo genético

*Teste solicitado

a) Estudo de gene/variante

Nome do gene:	OMIM#:	Variante/Mutação (usar nomenclatura HGVS):
Sequenciamento (NGS) <input type="checkbox"/>	MLPA <input type="checkbox"/>	Expansão de repetições <input type="checkbox"/>
Mutação pontual <input type="checkbox"/>	Outros: _____	

b) Estudo Citogenético

Microarray Cromossômico (CMA): 160K 750K HD

c) Pannel Genômico de Precisão (ver catálogo)

Nome ou Código:	Doença/Fenótipo/Condição:
-----------------	---------------------------

d) WES (Sequenciamento do Exoma completo) Diagnóstico

Informar "Achados secundários, segundo ACMG" (indicar abaixo)		
Paciente <input type="checkbox"/>	Casal <input type="checkbox"/>	Trio <input type="checkbox"/>
Paciente <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>

e) WGS (Sequenciamento do Genoma Completo) Diagnóstico

Paciente <input type="checkbox"/>	Casal <input type="checkbox"/>	Trio <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

*Médico solicitante (CRM):

Clínica/Hospital/Centro:

*Informação do paciente principal

Nome completo: _____

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

ID paciente: _____ CPF: _____

SEXO: Masculino Feminino Consanguinidade: Sim Não

Já realizou teste anterior na Igenomix? Não Sim, Nº MUEBR: _____

Afetado pela doença: Sim Não

*Informação da amostra

Tipo de amostra: DNA Sangue Tecido* Vilo coriônico

Líquido amniótico Restos fetais/POC*

*Origem/Tipo de tecido: _____

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

Nome/ID do profissional responsável pela coleta da amostra: _____

Indicação clínica:

Diagnóstico Pré-natal: Amostra materna:

Para o diagnóstico pré-natal é necessário SEMPRE enviar uma amostra de sangue periférico materno (tubo EDTA) para descartar de contaminação

Grupo étnico Árabe Caucasiano Sul asiático Oriental Indígena Afro-brasileiro Outro (indicar): _____

*Indicar se pertence a mais de um grupo étnico

Transfusão de sangue recente (inferior à 60 dias) Sim Não Transplante de medula óssea ou quimera Sim Não

Informação do paciente adicional 1 (P1):

Nome completo: _____ CPF: _____

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

Consanguinidade: _____ Parentesco com o paciente: _____ Afetado: _____ Grupo étnico: _____

Tipo de amostra: _____ Data da coleta da amostra: _____ Histórico Familiar: _____

Informação do paciente adicional 2 (P2):

Nome completo: _____ CPF: _____

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

Consanguinidade: _____ Parentesco com o paciente: _____ Afetado: _____ Grupo étnico: _____

Tipo de amostra: _____ Data da coleta da amostra: _____ Histórico Familiar: _____

Para membros adicionais usar um novo formulário

*Autorização médico solicitante

Certifico que as informações do paciente e do médico neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicitei o teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Expliquei as limitações e riscos deste teste e respondi a todas as perguntas. Entendo que o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário. Ao assinar este requerimento autorizo o teste genético para este paciente.

Assinatura médico solicitante

Data:

E-mail para envio de resultado para médico solicitante

E-mail ID 1:

E-mail ID 2:

Informação Clínica do Paciente

Os campos assinalados com (*) são obrigatórios para a realização do teste genético

* INDICAÇÕES DO TESTE

Por favor, indique os achados clínicos mais relevantes do paciente e forneça as informações necessárias e relatórios genéticos relacionados à indicação do teste. Para testes familiares e pré-natais de uma mutação/variante previamente identificada na família, uma cópia do relatório original descrevendo a variante é recomendada. Informações clínicas detalhadas e identificação de variantes genéticas são críticas para uma interpretação precisa do teste.

Informação clínica anexo a este formulário

Testes Prévios Relevantes:

CGH Array

Cariótipo

X-frágil

Gene único

Painel NGS

Teste bioquímico

Outros _____

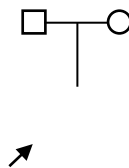
*Por favor, envie uma cópia dos resultados

Genes de interesse/Diagnóstico diferencial

Painel personalizado. Se o seu painel não estiver incluído na lista de painéis disponíveis, adicione aqui a lista de genes a serem estudados (nomenclatura HGVS)

História Familiar (por favor, anexe o heredograma):

Lembre-se de indicar o paciente com uma seta e indicar as amostras de familiares que também são enviadas para o laboratório. Por favor, especifique os membros da família que são afetados pela mesma condição que o paciente ou não. Certifique-se de indicar qualquer relação consanguínea conhecida.



Rubrica:

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TESTE DE DIAGNÓSTICO GENÔMICO DE PRECISÃO

FINALIDADE DO ESTUDO

O teste genético é feito para identificar alterações nas sequências de DNA de um indivíduo. O DNA compactado forma estruturas chamadas cromossomos. O cromossomo é composto por material genético, proteínas e por milhares de genes que codificam as proteínas necessárias para que as células desempenhem suas funções. Um gene apresenta uma sequência de quatro nucleotídeos (A, T, G e C) que estão dispostos em uma ordem particular. As doenças genéticas são causadas por alterações na estrutura dos cromossomos ou por mudanças na sequência de DNA. Os resultados de um teste genético podem confirmar ou descartar uma possível condição genética ou ajudar a determinar a probabilidade de uma pessoa desenvolver ou transmitir uma doença genética. O teste genético molecular analisa genes individuais ou pequenas alterações de DNA para identificar variações ou alterações que podem desencadear um distúrbio genético. Os testes genéticos cromossômicos analisam cromossomos inteiros ou grandes rearranjos estruturais desbalanceados nos cromossomos permitindo detectar alterações aneuploidias ou grandes deleções ou duplicações, também conhecidas como variações no número de cópias (CNV: Variação do Número de Cópias).

Este estudo genético visa detectar alterações no DNA que podem determinar as seguintes situações:

1. Alterações genéticas responsáveis por uma síndrome ou distúrbio que possa afetar o feto ou conferir a ele o estado de portador de uma síndrome ou distúrbio.
2. Alteração genética que é responsável por uma síndrome ou distúrbio que é o objeto do estudo em adultos.
3. Alteração genética que predispõe ao desenvolvimento de uma síndrome ou distúrbio que pode afetar o indivíduo.
4. Alteração genética que confere estado de portador, para que possa ser transmitido por herança, mesmo que o portador não manifeste a doença ou síndrome (condições de herança autossômica recessiva ou ligada ao X).

Antes de realizar o teste genético, devem ser levadas em consideração as implicações dos possíveis resultados. Existem quatro resultados possíveis:

- a) Resultados positivos: são detectadas uma ou mais alterações consideradas causadora (s) do diagnóstico suspeito que determinou o teste. Esse achado confirmaria ou esclareceria o diagnóstico.
- b) Resultados inconclusivos: são detectadas uma ou mais alterações de significado incerto. Nesse caso, pode ser necessário solicitar outros exames complementares ou estudar outros familiares para tentar confirmar se os achados estão relacionados ou não ao diagnóstico suspeito que motivou o estudo.
- c) Resultados negativos: Não foram detectadas alterações genéticas que pudessem explicar o motivo do diagnóstico suspeito para o estudo. O resultado negativo não implica ausência de patologia de causa genética, pois depende do escopo do estudo solicitado com base na suspeita diagnóstica e nas limitações da técnica utilizada.
- d) Resultados não informativos: Excepcionalmente, a contaminação da amostra, a qualidade prejudicada ou a baixa quantidade dela podem fazer com que os resultados não sejam obtidos.
- e) Resultados incidentais / secundários: Em raras ocasiões, o teste pode revelar uma alteração genética significativa que não está diretamente relacionada com a indicação para o estudo. Por exemplo, este teste pode fornecer informações sobre o risco de uma pessoa para outras doenças genéticas. Essas informações podem afetar as alternativas terapêuticas do indivíduo e somente serão relatadas com base no consentimento informado fornecido pelo paciente.

De acordo com as recomendações do ACMG sobre o relato de resultados secundários derivados de sequenciamento de exoma (PMID: 27854360), dependendo do consentimento informado, ele irá ou não proceder ao relato das variantes patogênicas e provavelmente patogênicas. Essas informações são aplicáveis apenas a estudos baseados em sequenciamento de exoma e o paciente deve dar seu consentimento explícito para obter essas informações. Nestes casos, recomenda-se aumentar o conhecimento das correlações genótipo-fenótipo e realizar pesquisas para estabelecer a eficácia da intervenção em pacientes assintomáticos que apresentem uma variante patogênica ou provavelmente patogênica nos genes indicados.

O laudo será enviado ao médico solicitando para que a análise seja explicada em consulta. O período médio de disponibilidade do laudo dependerá do tipo de estudo solicitado. O relatório será emitido dentro do prazo descrito em nosso guia de exames. Uma pequena porcentagem de amostra amostras pode sofrer um atraso variável devido a causas imprevistas. Caso isso ocorra, o responsável clínico correspondente será informado do atraso.

LIMITAÇÕES E RISCOS DO TESTE

A interpretação do resultado se baseia no conhecimento atualmente disponível na base da literatura médica, pesquisas e bancos de dados científicos.

Como este conhecimento médico e científico está em constante mudança, quaisquer atualizações dessas informações disponíveis num futuro, podem substituir ou complementar as informações que o Laboratório utilizou para interpretar os resultados no momento do laudo. A reanálise dos dados obtidos e reportados anteriormente levando em consideração os novos avanços do conhecimento não é realizada de forma rotineira, porém está disponível mediante solicitação.

Nenhuma técnica de estudo genético é capaz de identificar todas as possíveis alterações genéticas associadas a uma determinada patologia. Por isso, cada tecnologia possui indicações específicas e limitações próprias que serão reportadas no laudo.

Os testes genéticos pós-natais são realizados no DNA extraído de amostras obtidas por métodos diagnósticos não invasivos.

Algumas situações em que é difícil obter um resultado confiável incluem:

- i. Alterações genéticas em regiões não analisadas ou cuja análise não tenha sido incluída no estudo solicitado pelo médico responsável (objetivo do teste).
- ii. Alterações genéticas abaixo dos limites de detecção da técnica.
- iii. Alterações genéticas que pela sua natureza ou por se situarem em regiões complexas ou repetitivas não são identificadas devido às limitações da tecnologia utilizada.
- iv. Exceto para cariótipo e FISH (Hibridização fluorescente in situ), nenhuma outra tecnologia usada em diagnósticos de rotina é capaz de detectar

rearranjos cromossômicos balanceados.

- v. No contexto diagnóstico, as tecnologias capazes de detectar poliploidias são o cariótipo, FISH, QF-PCR e outras plataformas tecnológicas que analisam polimorfismos de nucleotídeo único (SNPs-Single Nucleotide Polimorphism).
- vi. A presença de alterações na sequência gênica do indivíduo (polimorfismos) que, por sua baixa frequência, não estão contempladas no desenho do teste e que podem levar a falsos negativos.
- vii. Tipo de amostras biológicas. Amostras inadequadas, pouco volume e / ou de baixa qualidade podem afetar a eficiência e a confiabilidade de um resultado.
- viii. Como acontece com qualquer teste genético, há uma pequena chance de que o resultado seja impreciso devido a circunstâncias excepcionais (erro durante a coleta de amostra ou rotulagem, durante o processamento ou interpretação dos resultados).

O diagnóstico genético pré-natal também tem as seguintes limitações e riscos específicos:

- i. A presença de alterações genéticas que afetam a placenta e não o feto (mosaicismo placentário).
- ii. Alterações genéticas que afetam um número limitado de células do feto (mosaicismo fetal).
- iii. Fetos cuja origem genética não corresponde aos pais analisados (doação de óvulos, doação de sêmen, não paternidade).
- iv. Presença de material genético de origem materna na amostra analisada (contaminação materna). A contaminação da célula materna de uma amostra fetal será testada usando o teste adicional por metodologia STR (repetição de sequências em TANDEM). O sangue ou DNA da mãe deve ser enviado para completar o teste. No entanto, nos casos em que a amostra da mãe não está disponível, a contaminação das células maternas pode afetar o resultado.

O diagnóstico genético pré-natal é feito a partir da extração do DNA fetal de amostras obtidas por métodos de coleta invasiva (amniocentese, biópsia de vilosidades coriônicas ou cordocentese). Os riscos derivados desses procedimentos devem ser explicados pelos profissionais responsáveis por sua execução. O estudo proposto será realizado na amostra fetal, aplicando a tecnologia que o seu médico solicitar, por ser considerada a melhor estratégia diagnóstica atualmente disponível para o caso clínico em estudo e com base no diagnóstico suspeito. No entanto, novas evidências clínicas ou científicas podem surgir indicando a necessidade de mais testes.

ASSESSORAMENTO GENÉTICO

O médico que solicita este teste adquire o compromisso de fornecer assessoramento genético adequado pré e pós-análise, visando fornecer informações sobre o teste solicitado, o objetivo, os resultados possíveis e suas implicações. Os profissionais do Laboratório colocam-se à disposição do profissional e do paciente para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir.

POLÍTICA DE CANCELAMENTO DO TESTE

Quando o paciente desejar o cancelamento do teste durante a fase analítica, ou seja, amostra já em processamento interno, ou quando o paciente optar pela não realização de uma nova coleta quando solicitado, não exime o pagamento do valor do teste pelo paciente ou não sendo possível o reembolso do valor efetuado. Nestes casos, recomendamos que o paciente assine uma declaração de responsabilidade para descarte de amostra biológica e cancelamento do teste.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE, ARMAZENAMENTO DE DADOS E USO DAS AMOSTRAS EM PESQUISAS

Sua privacidade é uma prioridade para o Laboratório. A identidade e todos os dados referentes a suas informações pessoais serão confidenciais e somente pessoas autorizadas terão acesso a essas informações, juntamente com as autoridades relevantes, quando exigido pela legislação aplicável. Sob essas leis, as informações pessoais não podem ser liberadas para o laboratório de testes, a menos que você dê sua permissão. Tais informações incluem: nome, data de nascimento, indicação clínica, grupo étnico, amostra, diagnóstico, bem como demais informações fornecidas como base neste documento.

Finalidade

Informamos que seus dados pessoais serão processados somente para: (1) Cumprir as obrigações decorrentes da prestação dos serviços contratados por você, incluindo a coleta e processamento por seu médico e pela Igenomix de seus "Dados Pessoais (de saúde)" (significando em particular e conforme cada caso: informações pessoais, incluindo nome e endereço, relações familiares, idade, data de nascimento, sexo, etnia, nacionalidade, informações de plano de saúde, sintomas e outras informações médicas, doenças, estudo de amostra com dados genéticos identificáveis, os resultados da análise genética e descobertas) na medida do que seja necessário para conduzir a análise genética contratada, incluindo quaisquer transferências necessárias dos dados pessoais (de saúde) entre o médico e o Laboratório; (2) Verificar e garantir a qualidade dos serviços prestados (auditorias internas, controles de qualidade, estudos de validação laboratorial); (3) Para fins educacionais, desde que tenha concordado previamente bem como os referidos dados sejam anonimizados e você não possa ser identificado durante a análise dos dados, que serão removidos de qualquer publicação; (4) Para informar a você, seu médico ou ao laboratório que atue em nome do seu médico (se o Laboratório tiver sido instruída desta forma pelo mesmo) sobre os resultados da análise genética; (5) Fornecer, mediante solicitação, a você, ao seu médico ou, conforme o caso, ao laboratório solicitante que atue em nome do seu médico, os dados brutos da análise genética; (6) Responder pessoalmente quaisquer dúvidas ou sugestões feitas por você durante o processo e monitorar o desempenho e a resolução do teste, incluindo a retenção dos seus dados pelo tempo estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 302 de 13 de outubro de 2005, exceto quando a legislação aplicável determine o contrário; e (7) Para entrar em contato com você no futuro para solicitar uma avaliação dos serviços recebidos, enviar comunicações comerciais (incluindo "cross-selling" e "up-selling") de empresas associadas em atividades de saúde e pesquisa científica, e também para convidar a participar de pesquisa de mercado, projetos de pesquisa específicos e desenvolvimento de novos produtos.

Relatório de achados incidentais

O teste de diagnóstico de precisão genômica analisa vários genes diferentes ao mesmo tempo. Portanto, é possível que uma variante genética encontrada na análise possivelmente não esteja relacionada com a causa da solicitação do teste. Esses achados, conhecidos como Achados

Incidentais, podem fornecer informações não relacionadas aos sintomas clínicos relatados, mas podem ter valor médico para o seu tratamento no futuro. A partir da assinatura deste documento você declara que entende o significado dos Achados Incidentais e autoriza a Igenomix a relatar variantes no DNA de genes específicos.

Uso da informação para fins de pesquisa

Eu entendo que meus dados pessoais (indicações, histórico clínico, idade, etnia) e amostra remanescente podem ajudar em futuras pesquisas, desenvolvimento e melhoria de métodos de diagnóstico e possivelmente soluções terapêuticas. Tais medidas podem, no futuro, também oferecer assessoramento e orientação médica para mim e meus familiares. Por exemplo, diagnóstico e tratamento de uma doença genética potencial.

Aceito que a Igenomix armazene, uma vez pseudonimizados, (1) Dados Pessoais tanto meus quanto de familiares que forneci - se eles expressamente consentiram - e os resultados da análise genética e (2) Minha amostra (incluindo o original e amostra processada) por um período de 30 anos e a utilização destes dados e as amostras restantes, uma vez pseudonimizados, para fins de estudos científicos de forma a contribuir para o diagnóstico e tratamento de doenças genéticas e para compreender as implicações da genética na saúde e bem-estar dos indivíduos, sua suscetibilidade a doenças e sua potencial resposta aos tratamentos.

Esclarecemos que a autorização para utilização dos seus dados pessoais para fins educacionais poderá ser revogada a qualquer tempo mediante comunicação enviada à Igenomix por e-mail privacidade@igenomix.com ou da forma que julgar conveniente. Tão logo recebido o pedido de revogação, a Igenomix providenciará o descarte dos seus dados na medida do possível.

Visite o site <https://www.igenomix.com.br/> para obter informações atualizadas sobre os projetos de pesquisa nos quais seus dados pseudonimizados podem ser usados.

Observado o disposto acima, você autoriza que os resultados de seus exames sejam utilizados para pesquisas e publicações científicas, bem como para fins educacionais, desde que sua identidade e privacidade sejam preservadas? Sim Não

Período de retenção

Os dados genéticos de caráter pessoal devem ser armazenados por um período mínimo de 5 (cinco) anos a partir da data em que foram obtidos. Após este período, você poderá solicitar a sua exclusão, exceto para aqueles que autorizaram o uso de seus dados pessoais para fins de pesquisa. Em caso de não haver solicitação expressa neste sentido, (1) os dados serão mantidos pelo período necessário para preservar a saúde da pessoa de quem os dados foram obtidos ou de terceiros a ele relacionados, observada a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 302 de 13 de outubro de 2005; ou (2) os dados poderão vir a ser anonimizados e usados pela Igenomix para propósito legítimo. As amostras e dados associados serão armazenados pela Igenomix de acordo com a política interna de armazenamento de amostras, a qual está de acordo com os requisitos exigidos pela legislação.

Direito à proteção de dados

De acordo com a Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD"), é necessário o consentimento informado do paciente para a realização dos testes de diagnóstico solicitados, bem como para o processamento dos dados. A qualquer momento, você pode exercer seu direito de acesso, retificação, oposição, supressão, revisão de decisões automatizadas, limitação, portabilidade e/ou revogar seu consentimento através do e-mail privacidade@igenomix.com ou da forma que julgar conveniente, fornecendo a documentação que comprove a identidade do requerente.

O paciente autoriza desde já a portabilidade dos seus dados pessoais (neste incluídos seus dados genéticos e de saúde) na forma do §4º do art. 11 da LGPD entre a Igenomix e Laboratórios de Terceiros, estes certificados com padrões internacionais de qualidade reconhecidos ou, na falta destes, de laboratórios pré-selecionados e avaliados periodicamente pela Igenomix para fins de realização de parte ou da totalidade das análises clínicas solicitadas pelo presente Formulário de Requisição. Quaisquer resultados obtidos desta maneira serão inspecionados e a circunstância será indicada no relatório laudo emitido.

Se tiver qualquer (1) dúvida sobre esta Política ou sobre o processamento dos seus dados ou (2) se quiser fazer uma reclamação devido a uma possível violação desta Política, entre em contato conosco pelos canais de comunicação mencionados acima.

TENDO LIDO E ENTENDIDO O QUE FOI DITO ACIMA, DECLARO ESTAR CIENTE:

1. Fui informado sobre a indicação, finalidade, características, escopo, procedimento, probabilidades de sucesso, riscos, complicações, limitações e custo econômico deste teste genético, e minhas perguntas foram respondidas com sucesso. As explicações foram facilitadas em linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu esclareceu todas as observações e dúvidas.
2. Recebi aconselhamento genético adequado de pessoal qualificado, como médico, corpo clínico ou conselheiro genético, que ofereceu informações sobre a transcendência da análise, incluindo as possíveis alternativas que posso optar de acordo com os resultados e estarei ao meu alcance disposição para qualquer dúvida ou aconselhamento genético adicional que eu possa exigir, uma vez que os resultados do teste sejam conhecidos.
3. Entendo que a equipe médica está à minha disposição para expandir qualquer aspecto da informação que não seja suficientemente claro para mim.
4. As informações pessoais e médicas que forneci são verdadeiras e confiáveis. Entendo que a equipe clínica pode entrar em contato comigo para solicitar dados clínicos adicionais, incluindo informações adicionais para fins de pesquisa que eu tenha autorizado.

5. Entendo que é possível que me seja solicitada uma nova amostra se a complexidade diagnóstica exigir a realização de outros testes genéticos ou se a amostra obtida não for de ótima qualidade ou quantidade. Além disso, entendo que existe a possibilidade de que uma amostra de sangue dos pais biológicos ou de outros familiares seja necessária com o objetivo de concluir o estudo ou auxiliar na melhor interpretação dos exames realizados. A Igenomix parte do pressuposto de que, naqueles testes dirigidos a identificar a origem das alterações genéticas de interesse, o médico confirmou que as amostras dos referidos pais correspondem aos pais biológicos.

Caso contrário, especifique: _____.

6. Entendo que os resultados deste estudo não substituem o diagnóstico médico efetuado em consulta médica, nem o aconselhamento genético prestado pelo médico, recomendando que os referidos resultados sejam comunicados em consulta médica. A Igenomix não se responsabiliza pela utilização que, por si ou pelo seu médico, é feita dos resultados obtidos, nem pelas consequências cabíveis que possam decorrer da utilização de tais informações.

7. Fui informado que um resultado negativo não implica a ausência de patologia de causa genética, pois depende do escopo do estudo solicitado com base na suspeita de diagnóstico e nas limitações descritas neste documento, bem como em o relatório de resultados.

8. Entendo que as informações obtidas podem ter implicações tanto para futuras gestações como para outros familiares, bem como a comodidade de que, neste caso, eu mesmo transmito essas informações.

9. Estou ciente da possibilidade de exercer, a qualquer momento, os direitos de acesso, retificação, oposição, exclusão, revisão de decisões automatizadas, limitação, portabilidade, através do e-mail privacidade@igenomix.com, fornecendo documentação que comprove a minha identidade.

10. Compreendo e aceito que não obterei, agora ou no futuro, qualquer benefício financeiro de qualquer pesquisa desenvolvida, nem espero que ser compensado por produtos desenvolvidos a partir de qualquer pesquisa científica que tenha se utilizado dos meus dados, de forma pseudonimizada, a partir da autorização conferida por mim acima.

11. Entendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento através do e-mail privacidade@igenomix.com, telefone (inserir telefone), ou da forma que julgar conveniente.

12. Estou satisfeito com as informações recebidas e dou livremente o meu consentimento para que uma amostra biológica seja extraída do Consultório/Clínica que frequentei, bem como para que a amostra seja enviada para as instalações da Igenomix para efeitos de confecção do(s) referido(s) diagnóstico(s).

*Consentimento do paciente

Ao assinar este termo, solicito voluntariamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido cópia do consentimento informado incluído nas próximas páginas. Declaro que fui suficientemente informado(a), acerca dos riscos, benefícios e limitações do teste.

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

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do paciente adicional 1 ou responsável: _____ Data: ____/____/____

Nome completo do paciente adicional 1: _____

Assinatura do paciente adicional 2 ou responsável: _____ Data: ____/____/____

Nome completo do paciente adicional 2: _____