

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1393 TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GENOTIPAGEM POR ARRAY GENÔMICO

***Todos os dados são imprescindíveis**

Nome do paciente: _____

Eu, _____, deste termo de consentimento livre e esclarecido, concordo que seja feito um exame laboratorial denominado genotipagem por array genômico, que visa identificar variantes genéticas no meu DNA ou de meu filho menor, nomeado abaixo.

Nome do filho: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: Feminino Masculino

Compreendo que a amostra de material biológico será coletada de mim e/ou de meu familiar, em um procedimento de baixo risco. Esta amostra será utilizada para investigar a existência de variantes associadas a condições clínicas e/ou não clínicas.

Estou ciente de que o exame realizado não irá identificar todas as alterações genômicas, tais como eventos estruturais balanceados e variantes de ponto, de forma inequívoca. Foi-me explicado que os achados do teste podem ter um significado ainda pouco entendido ou mesmo desconhecido.

Me foi explicado que os testes constituem processos complexos, utilizam reagentes e equipamentos de nova geração, mas não são isentos da chance de erro e/ou falhas na obtenção do resultado. Também me foi claramente informado que estão sujeitos a mudanças que visam aumentar sua utilidade e seu poder de detecção/diagnóstico.

Tenho ciência de que a obtenção de um resultado de qualidade depende dos padrões de processamento e transporte da amostra.

Diante de ter recebido informação suficiente acerca da margem de erro dos exames realizados e demais circunstâncias acima expostas, isento o laboratório para os casos de "falso positivo" ou "falso negativo", quando este utilizar a tecnologia atualmente disponível em suas instalações.

Eu entendo que a amostra de material biológico coletada será usada exclusivamente para o exame solicitado e que a análise realizada pelo Laboratório, ou em laboratório de apoio, é específica para esta finalidade, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo, ou a saúde de meus parentes e a dos meus filhos, nascidos ou não.

Compreendo que, na condição de laboratório de apoio, sua atuação deve se restringir ao processamento técnico da amostra, fornecendo ao laboratório cliente apenas os dados brutos da metodologia. A análise e interpretação dos resultados são de responsabilidade exclusiva do cliente, isentando o laboratório de apoio de qualquer falha ou intercorrência a partir desse ponto.

Afirmo que antes de assinar este termo de consentimento tive a oportunidade de lê-lo com tempo suficiente para avaliar a respeito do mesmo e esclarecer todas as minhas dúvidas, as limitações dos resultados e a confidencialidade do exame. Me foi esclarecido que a data de entrega corresponde ao prazo previsto para a realização do exame. Eventualmente, esta data poderá ser alterada devido à necessidade de repetição do exame para confirmação dos resultados ou à imprevistos de ordem técnica. Quando uma destas situações ocorrer, será feito contato com o cliente para informar a nova data de liberação do resultado.

Uma vez assinado o presente termo, reconheço que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento, assim como minha voluntariedade na participação deste teste.

Assinatura do paciente responsável legal

DATA: ____ / ____ / ____