

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1544 FORMULÁRIO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL CITOGENÔMICA

***Todos os dados são imprescindíveis**

Informação do paciente

Nome: _____

RG/CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Informação do médico / centro solicitante

Centro/Hospital: _____

Médico solicitante: _____ CRM: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Informação da amostra

Amostra pré-natal:

- ☐ Vilo corial
☐ Líquido amniótico
☐ Outros (especificar): _____

☐ Produto de abortamento:

- ☐ Tecido
☐ Vilo corial
☐ Outros _____

Data de coleta: ____/____/____ Volume enviado: _____

Amostra materna enviada: ☐ Não ☐ Sim (especificar tipo de amostra): _____

(Obrigatório envio no caso de tecido sólido ou com potencial contaminação materna)

Informação clínica

Idade materna: _____ Idade paterna: _____

Idade gestacional: ____/____ (semanas/dias)

Medida por: ☐ DUM ☐ Ultrassom
☐ Data de transferência (FIV)

Gestação mediante FIV:

☐ Sim ☐ Não

Se FIV, óvulos:

☐ Próprios ☐ Não próprios

Nº de fetos

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

☐ Gêmeo reabsorvido

Indicação de estudo pré-natal

Indicações clínicas:

- ☐ Idade materna avançada ☐ Tranlucência nugal alterada
☐ Desejo materno ☐ Ultrassom anormal (especificar): _____
☐ Antecedentes familiares ☐ Outros: _____

Antecedentes pessoais e familiares relevantes: _____

Nome do paciente: _____

CPF: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO ESPECÍFICO PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-NATAL**Solicitamos especificamente o seu consentimento para:**

1. Realizar testes laboratoriais genéticos em amostras biológicas (líquido amniótico/vilo corial), cuja finalidade é diagnosticar se é afetada ou é portadora de, por exemplo, uma doença cromossômica.
2. Apenas os profissionais de saúde devidamente autorizados pelo laboratório poderão ter acesso aos dados pessoais e aos resultados dos testes genéticos.
3. O médico solicitante desses testes adquire o compromisso de fornecer informações sobre o objetivo das análises que serão realizadas.
4. Ao realizar o estudo genético solicitado, podem ser detectados achados secundários ou fortuitos (achados incidentais e / ou variantes de suscetibilidade), definidos como alterações detectadas pelo acaso, não relacionadas ao motivo indicado pelo estudo, mas que podem ter implicações relevantes para o paciente e/ou seus parentes. O paciente deve expressar sua vontade de ser informado ou não dessas descobertas secundárias ou fortuitas neste documento.
5. As informações obtidas também podem ser relevantes para os membros de sua família e, nesse caso, explicaremos o motivo da conveniência de conhecê-las. É sua decisão pessoal informá-los – algo que recomendamos para que, se desejarem, eles possam ser direcionados a uma consulta genética especializada, onde serão informados sobre seus riscos pessoais e suas opções de saúde no futuro.
6. Uma vez concluídas as análises, os dados obtidos e as amostras excedentes (se existirem) serão conservadas durante pelo menos, respectivamente, 5 anos e 6 meses, devido ao interesse que possam ter para satisfazer as necessidades futuras de assistência a você e de seus familiares.
7. Os dados obtidos serão interpretados de acordo com os critérios e fontes de informação disponíveis no momento do estudo. Essa interpretação pode variar no futuro, dependendo do estado do conhecimento e dos avanços científicos que ocorrem.
8. De acordo com as boas práticas e padrões de qualidade dos laboratórios clínicos, os resultados obtidos podem contribuir para aumentar a capacidade analítica do teste e o estado do conhecimento atual, com consequente benefício para novos estudos e pacientes. Por isso, dou meu consentimento para que utilizem os dados provenientes deste teste para publicações científicas, estudos de qualidade e alimentação de bancos de dados, com garantia de confidencialidade das informações. O paciente não receberá notificação de usos específicos ou compensação por eles. Todos os usos possíveis estarão de acordo com a lei aplicável.

Se você entendeu as informações fornecidas, sanou quaisquer dúvidas que possa ter e está de acordo em dar seu consentimento para realizar os testes genéticos nos termos explicados acima, assine este consentimento informado na seguinte afirmativa:

Eu _____

(paciente ou representante legal) [nome completo] declaro que fui informado sobre as possibilidade de ser afetado ou portador de uma alteração genética. Eu forneço meu consentimento para realizar estes testes

genéticos no departamento de genética do laboratório e, se necessário, em outros laboratórios designados por ela, com as devidas garantias, para ajudar no processo de diagnóstico.

No caso particular de detectar achados secundários que não são objetivo deste estudo, mas que podem ser de interesse para mim e/ou parentes no presente ou no futuro, declaro o seguinte:

☐ Não desejo ser informado/a

☐ Desejo ser informado/a

No que diz respeito à entrega do excedente da minha amostra e ao uso dos dados obtidos, declaro que:

☐ Não permito que sejam utilizadas

☐ Permito que sejam utilizadas

Data: ____ / ____ / ____

Nome do paciente ou representante legal: _____

RG: _____

Assinatura