

## QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

Exame/código: \_\_\_\_\_

Material (sangue, LCR, DNA, saliva, outros): \_\_\_\_\_

Data de envio da amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

### DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Indeterminado

Suspeita clínica: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Antecedentes familiares (especificar parentesco): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Principais sintomas clínicos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

### CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Cliente: \_\_\_\_\_ Cod: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_ Cod: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados de interesse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu \_\_\_\_\_, através deste consentimento concordo que seja realizada uma análise laboratorial que visa analisar o meu material genético para fins diagnósticos (ou de pessoa sob minha guarda). Tenho ciência de que o teste realizado é específico para \_\_\_\_\_.

Testes para condições genéticas podem ser complexos e dessa maneira, caso necessite uma melhor compreensão deste resultado procurarei o auxílio de um aconselhador genético para entender os riscos e benefícios destes achados.

Entendo que, devido às limitações da tecnologia e conhecimento incompleto da ação do gene, algumas alterações podem não ser detectadas e que há a possibilidade de que eu seja portador de uma alteração genética, mesmo frente a um resultado negativo.

A acurácia dos testes de DNA, para doenças genéticas, depende de dados corretos da história pessoal e familiar e a inter-relação dos membros envolvidos da família.

Um resultado positivo é uma indicação de predisposição ou presença de uma doença específica e que estudos posteriores serão necessários para confirmação destes achados.

Devido à complexidade dos testes genéticos e as importantes implicações dos seus resultados, os relatórios finais serão enviados confidencialmente exclusivamente para o médico ou aconselhador genético ou pessoa designada por mim.

Eu entendo que a(s) amostra(s) obtida(s) será(ão) utilizadas exclusivamente para o estudo solicitado. Caso eu não opte em liberar a amostra de DNA para estudo de pesquisa, entendo que ele será destruído imediatamente após uso no processamento do teste.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente

RG

Data da Solicitação