

QUESTIONÁRIO PARA TESTE GENÉTICO

DADOS SOLICITADOS

Exame/código: _____

Material (sangue, LCR, DNA, saliva, outros): _____

Data de envio da amostra: ____/____/____ Data de 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: _____ Cód.: _____
Exame: _____ Cód.: _____
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 da paciente

RG

_____/_____/_____
Data da solicitação