

Termo de Consentimento Informado para Testes Genéticos

Via Cliente

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.

Os exames laboratoriais realizados por este Laboratório são feitos por meio de técnicas adequadas para diagnóstico em amostras de sangue, plasma, urina, raspado de mucosa e outros.

O resultado/laudo oriundo da análise na amostra colhida pertencerá exclusivamente ao dono do material biológico. Para que o resultado/laudo seja enviado ao médico(a) assistente é necessário o preenchimento dos dados ao final deste termo. Caso os dados não sejam preenchidos o resultado/laudo será disponibilizado apenas para o signatário do presente termo ou o responsável legal em caso de incapazes (menores de idade e interditados legalmente).

Declaro que tenho conhecimento de que:

- Os testes podem apresentar limitações, não sendo possível excluir a presença de alterações genéticas, mesmo frente a um resultado negativo.
- O laudo do exame é liberado de acordo com conhecimento científico atual, embasado nas informações clínicas fornecidas pelo médico assistente. A interpretação dos dados e resultados podem mudar com o avanço do conhecimento ou melhoria das ferramentas de análise de dados. Não há obrigação do laboratório em refazer o exame ou o laudo em indivíduos já testados; isto implicará em um novo exame.
- Caso haja material genético não utilizado na análise atual, ele será armazenado pelo prazo previsto na legislação específica, e somente será encaminhado a outra instituição com autorização expressa e adicional, assinada pelo responsável.
- As informações geradas no teste genético, chamadas dados brutos, serão armazenados no Laboratório por 05 anos. A liberação desses dados somente será realizada mediante autorização específica.
- Sociedades científicas de genética médica recomendam que sejam reportados achados secundários, ou seja, alterações genéticas de significado importante à saúde e não relacionadas à clínica referida pelo médico assistente.
- Eventualmente, pode ser necessária uma nova coleta para nova análise, solicitação de informações adicionais ao médico assistente e confirmação de achados com a utilização de outras metodologias. Isso poderá implicar em alteração no prazo de liberação do laudo.
- Resultados inconclusivos com alterações genéticas de significado clínico incerto ou ausência de alterações genéticas não isentam a necessidade de pagamento.

Concordo com a utilização dos meus resultados e dados brutos obtidos no Laboratório para atividades educacionais e publicações científicas, mantendo a Privacidade nos termos previstos na lei 13709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados e confidencialidade das informações obtidas e respeitando os termos do Código de Ética Médica e da legislação vigente.

Declaro que li e compreendi a necessidade deste consentimento informado, que me foi explicado de forma satisfatória por profissional de saúde habilitado.

A formalização da minha assinatura abaixo tem por objetivo autorizar a realização deste teste na amostra colhida (minha ou pessoa sob minha responsabilidade) e atestar a veracidade das informações por mim prestadas e assinaladas neste formulário para o bom andamento dos trabalhos do Laboratório.

Local: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura do Cliente ou Responsável Legal

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do teste genético.

Nome (completo) _____

Especialidade: _____ CRM _____

Tel.(____) _____ e-mail _____

Termo de Consentimento Informado para Testes Genéticos

Via Laboratório

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.

Os exames laboratoriais realizados por este Laboratório são feitos por meio de técnicas adequadas para diagnóstico em amostras de sangue, plasma, urina, raspado de mucosa e outros.

O resultado/laudo oriundo da análise na amostra colhida pertencerá exclusivamente ao dono do material biológico. Para que o resultado/laudo seja enviado ao médico(a) assistente é necessário o preenchimento dos dados ao final deste termo. Caso os dados não sejam preenchidos o resultado/laudo será disponibilizado apenas para o signatário do presente termo ou o responsável legal em caso de incapazes (menores de idade e interditados legalmente).

Declaro que tenho conhecimento de que:

- Os testes podem apresentar limitações, não sendo possível excluir a presença de alterações genéticas, mesmo frente a um resultado negativo.
- O laudo do exame é liberado de acordo com conhecimento científico atual, embasado nas informações clínicas fornecidas pelo médico assistente. A interpretação dos dados e resultados podem mudar com o avanço do conhecimento ou melhoria das ferramentas de análise de dados. Não há obrigação do laboratório em refazer o exame ou o laudo em indivíduos já testados; isto implicará em um novo exame.
- Caso haja material genético não utilizado na análise atual, ele será armazenado pelo prazo previsto na legislação específica, e somente será encaminhado a outra instituição com autorização expressa e adicional, assinada pelo responsável.
- As informações geradas no teste genético, chamadas dados brutos, serão armazenados no Laboratório por 05 anos. A liberação desses dados somente será realizada mediante autorização específica.
- Sociedades científicas de genética médica recomendam que sejam reportados achados secundários, ou seja, alterações genéticas de significado importante à saúde e não relacionadas à clínica referida pelo médico assistente.
- Eventualmente, pode ser necessária uma nova coleta para nova análise, solicitação de informações adicionais ao médico assistente e confirmação de achados com a utilização de outras metodologias. Isso poderá implicar em alteração no prazo de liberação do laudo.
- Resultados inconclusivos com alterações genéticas de significado clínico incerto ou ausência de alterações genéticas não isentam a necessidade de pagamento.

Concordo com a utilização dos meus resultados e dados brutos obtidos no Laboratório para atividades educacionais e publicações científicas, mantendo a Privacidade nos termos previstos na lei 13709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados e confidencialidade das informações obtidas e respeitando os termos do Código de Ética Médica e da legislação vigente.

Declaro que li e compreendi a necessidade deste consentimento informado, que me foi explicado de forma satisfatória por profissional de saúde habilitado.

A formalização da minha assinatura abaixo tem por objetivo autorizar a realização deste teste na amostra colhida (minha ou pessoa sob minha responsabilidade) e atestar a veracidade das informações por mim prestadas e assinaladas neste formulário para o bom andamento dos trabalhos do Laboratório.

Local: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura do Cliente ou Responsável Legal

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do teste genético.

Nome (completo) _____

Especialidade: _____ CRM _____

Tel.(____) _____ e-mail _____

AValiação DA HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR PARA EXAMES ONCOGENÉTICOS

Este questionário tem o objetivo auxiliar na interpretação dos resultados do teste molecular e **SEU PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO.**

INFORMAÇÕES DO PACIENTE (CAMPO OBRIGATÓRIO)

Nome Completo: _____ Sexo: F M

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone(s): () _____ - _____ | () _____ - _____

Médico solicitante: _____ Contato do médico: () _____ - _____

HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE

- Nenhum Câncer colorretal Outro(s) tipo(s) de câncer: _____
 Câncer de mama Leucemia _____
 Câncer de ovário Câncer de próstata _____

Idade ao diagnóstico: _____

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

Nenhum

Se houver casos de câncer na família, indicar abaixo com as seguintes informações:

Parentesco:*		Tipo do câncer:	Idade do diagnóstico:
Familiar 1: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 2: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 3: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 4: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 5: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____
Familiar 6: _____	<input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno	_____	_____

*explicitar se materno, paterno, irmandade (irmãos e sobrinhos) ou descendência (filhos e netos)

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

X _____

Data: ____/____/____

Paciente, Responsável ou Médico solicitante (com carimbo contendo o CRM)

Página 1 de 1