MATRIZ: R. Carlos Gomes, 1560 - Centro, Araraquara - SP, 14801-340
Fone: (16) 3301-5599 - **WhatsApp:** (16) 99210-8304 Visam 350320802-864-000005-1-5 - CNES - 3122034 - **CNPJ:** 50.732.544/0001-16

ALAMEDA: Alameda Paulista, 1762 - Vila Xavier, Araraquara - SP, 14810-282
Fone: (16) 3339-1230 - **WhatsApp:** (16) 99636-3185
Visam 350320802-864-000291-1-4 - CNES - 6283640 - CNPJ: 50.732.544/0002-05

FONTE: Av. Bento de Abreu,802 - Jardim Primavera, Araraquara-SP,14802-386
Fone: (16) 3010-8333 - **WhatsApp:** (16) 99210-8310
Visam 350320802-864-000294-1-6 - CNES - 7834799 - CNPJ:50.732.544/0003-88

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

Nom e: Data:_____/_____/_____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Indeterminado

Suspeita clínica:

Antecedentes familiares (especificar parentesco):

Principais sintomas clínicos:

Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

MATRIZ: R. Carlos Gomes, 1560 - Centro, Araraquara - SP, 14801-340
Fone: (16) 3301-5599 - **WhatsApp:** (16) 99210-8304 Visam 350320802-864-000005-1-5 - CNES - 3122034 -
CNPJ: 50.732.544/0001-16

ALAMEDA: Alameda Paulista, 1762 - Vila Xavier, Araraquara - SP, 14810-282
Fone: (16) 3339-1230 - **WhatsApp:** (16) 99636-3185
Visam 350320802-864-000291-1-4 - CNES - 6283640 - CNPJ: 50.732.544/0002-05

FONTE: Av. Bento de Abreu,802 - Jardim Primavera, Araraquara-SP,14802-386
Fone: (16) 3010-8333 - **WhatsApp:** (16) 99210-8310
Visam 350320802-864-000294-1-6 - CNES - 7834799 - CNPJ:50.732.544/0003-88

QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS

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 especifico para .

Testes para condições genéticas podem ser complexos e dessa maneira, caso necessite uma melhor compreensão deste resultado procurarei o auxilio 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 especifica 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

Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade