

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____. Sexo: _____.

Eu, _____, CPF _____, livremente solicito e autorizo o DLE - Medicina Laboratorial que realize a análise da amostra de DNA isolado a partir de minhas células obtidas do raspado bucal () ou de sangue (), em coleta realizada no dia ____/____/____, para verificar a probabilidade de que eu (ou pessoa sob minha guarda legal, indicado no campo "paciente") seja afetado ou portador de informação genética relacionada a doença investigada ou que exista informação genética que predisponha ao aparecimento futuro de uma condição desfavorável à saúde.

INFORMAÇÕES SOBRE TESTES GENÉTICOS

Estou ciente que existem diversos desdobramentos possíveis para os testes genéticos:

- Os métodos utilizados nestes exames não têm como objetivo a investigação de paternidade nem de outras condições clínicas além daquelas especificadas na solicitação;
- Os testes genéticos podem indicar maior ou menor probabilidade que o paciente venha ser afetado pela condição investigada. Os testes genéticos não fornecem certeza matemática da manifestação de uma doença ou condição desfavorável;
- Os métodos usados para os testes genéticos têm suas limitações, tal como a vasta maioria dos testes laboratoriais;
- Algumas das alterações gênicas e variações raras no DNA dos indivíduos podem não ser detectadas. Outras alterações detectadas poderão ser de significado funcional e clínico desconhecidos. Nestes casos o médico assistente indicado por você é o profissional qualificado para interpretar o resultado;
- Alguns testes são específicos para uma determinada mutação, não sendo possível detectar mutações em outras regiões do DNA não pesquisadas.
- A tecnologia e os testes realizados nos exames genéticos pelo DLE - Medicina Laboratorial são aqueles considerados os mais avançados no momento. É possível que a composição dos painéis de exames seja modificada no futuro ou que outros exames mais avançados sejam criados, não havendo obrigação do DLE - Medicina Laboratorial em refazer os testes em indivíduos já testados sem que isto implique em um novo exame, com uma nova solicitação.

CONFIDENCIALIDADE

Após o teste, a amostra restante do DNA extraído não estará disponível para retirada, encaminhamento a outra instituição ou para testes adicionais.

Os resultados do teste serão transcritos em forma de laudo e enviados ao requisitante do teste ou ao médico assistente, que se encarregará de transmiti-lo a você e tirar suas dúvidas. Os resultados do teste não serão, em qualquer hipótese, informados verbalmente. Assim sendo, além de você, somente seu médico assistente terá acesso às informações. O seu laudo é confidencial e não poderá ser divulgado para qualquer outra instituição ou indivíduo sem uma autorização adicional específica e por escrito.

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE (O médico assistente é aquele conhecedor do seu caso, independente de ser o médico solicitante do exame.)

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

Nome (completo) _____ Especialidade _____

CRM _____ Tel.(____) _____ e-mail _____

Local para contato: End. _____ CEP _____

CONSENTIMENTO

Os riscos, benefícios e limitações dos testes de DNA foram explicados para mim de forma ampla, clara e satisfatória. Eu declaro que li este formulário de consentimento. A minha assinatura neste documento constitui permissão para a realização do teste genético em amostra de DNA colhida de mim ou de pessoa sob a minha guarda legal, indicada acima.

A análise da amostra contendo material genético somente terá início mediante o envio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a autorização para o teste.

Atesto a veracidade das informações acima descritas.

Local: _____ Data: ____/____/____.

 Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Etiqueta de Identificação