



QUESTIONÁRIO PARA O EXAME MUTAÇÃO DO GENE RET (GERET)

ETIQUETA COM CÓDIGO
DE BARRAS CENTRO/
CLIENTE

ETIQUETA COM CÓDIGO
DE BARRAS SYNLAB

INFORMAÇÃO DO PACIENTE		INFORMAÇÃO DO MÉDICO / CENTRO SOLICITANTE	
Nome e sobrenome: *		Centro/Hospital: *	
Gênero: * <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher DNI:		Médico solicitante: *	CRM: *
Data de nascimento: * / / Telefone: *		E-mail: *	Telefone: *
Endereço:		Endereço: *	
E-mail:			
INFORMAÇÃO DA AMOSTRA			
Nº de amostra: *		Data de extração: * / /	Volume enviado: *
Tipo de amostra: * <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Medula		<input type="checkbox"/> Sêmen	
<input type="checkbox"/> Tecido fresco, origem: * _____ <input type="checkbox"/> Tecido em parafina, origem: *		<input type="checkbox"/> Outros: *	
Amostra pré-natal: * <input type="checkbox"/> Vilosidades coriônicas <input type="checkbox"/> Líquido amniótico <input type="checkbox"/> Produto de abortamento		Idade gestacional: *	
INFORMAÇÃO DO ESTUDO GENÉTICO			
Tipo de análise: * <input type="checkbox"/> Estudo diagnóstico <input type="checkbox"/> Estudo familiar (É essencial anexar um relatório clínico associado)			
Informar achados secundários ou fortuitos: * <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
No caso de solicitação do exame EXOMA CLÍNICO , é possível detectar achados secundários ou fortuitos , definidos como alterações detectadas ao acaso, não relacionadas ao motivo apontado pelo estudo, mas que podem ter implicações relevantes para o paciente e/ou seus familiares.			
Descrição do estudo solicitado e/ou código: *			
INFORMAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE			
Ascendência de origem (marque todas que se aplicam): *			
<input type="checkbox"/> Europa Ocidental / do Norte		<input type="checkbox"/> Europa Central / Oriental	<input type="checkbox"/> Sul da Europa
<input type="checkbox"/> América Latina / Caribe		<input type="checkbox"/> Oriente Médio/ Oriente Próximo	<input type="checkbox"/> África <input type="checkbox"/> Ásia
<input type="checkbox"/> Outros: _____			
Descritivo breve do quadro clínico: * (se aplicável anexar história clínica)		Árvore genealógica: (Complete a árvore genealógica, se precisar de mais espaço, faça-o em um documento adicional)	
Antecedentes familiares relevantes: *			
Nota: para uma correta interpretação dos achados genéticos, recomenda-se anexar o relatório clínico do paciente.			
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE			
Ao assinar este formulário, certifico que, antes da realização do Estudo Genético, informei o paciente sobre os riscos e as implicações envolvidas na realização deste teste. Certifico que todas as dúvidas foram sanadas para o paciente e que recebi seu consentimento explícito por escrito para o teste.			
Assinatura do médico: *		Data: * / / (dia/mês/ano)	

CONSENTIMENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO

Como Anexo e Complemento ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre Proteção de Dados, solicitamos especificamente o seu consentimento para:

- 1.- Realizar testes laboratoriais genéticos em amostras biológicas (sangue / tecidos / outros fluidos biológicos), cuja finalidade é diagnosticar se é afetada ou é portadora de, por exemplo, uma doença metabólica hereditária.
- 2.- Estes testes serão realizados no laboratório de genética da **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS**.
- 3.- Apenas os profissionais de saúde devidamente autorizado pela **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS** poderão ter acesso aos dados pessoais e aos resultados dos testes genéticos.
- 4.- O médico solicitante desses testes adquire o compromisso de fornecer informações sobre o objetivo das análises que serão realizadas.
- 5.- Ao realizar o estudo genético solicitado, podem ser detectados achados secundários ou fortuitos (achados incidentais e / ou variantes de suscetibilidade), definidos como alterações detectadas pelo acaso, não relacionadas ao motivo indicado pelo estudo, mas que podem ter implicações relevantes para o paciente e/ou seus parentes. O paciente deve expressar sua vontade de ser informado ou não dessas descobertas secundárias ou fortuitas neste documento.
- 6.- As informações obtidas também podem ser relevantes para os membros de sua família e, nesse caso, explicaremos o motivo da conveniência de conhecê-las. É sua decisão pessoal informá-los - algo que recomendamos para que, se desejarem, eles possam ser direcionados a uma consulta genética especializada, onde serão informados sobre seus riscos pessoais e suas opções de saúde no futuro
- 7.- Uma vez concluídas as análises, os dados obtidos e as amostras excedentes (se existirem) serão conservadas no laboratório de genética da **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS** durante pelo menos 5 anos e 6 meses, devido ao interesse que possam ter para satisfazer as necessidades futuras de assistência a você e de seus familiares.
- 8.- Os dados obtidos serão interpretados de acordo com os critérios e fontes de informação disponíveis no momento do estudo. Essa interpretação pode variar no futuro, dependendo do estado do conhecimento e dos avanços científicos que ocorrem.
- 9.- De acordo com as boas práticas e padrões de qualidade dos laboratórios clínicos, a SYNLAB usa o excedente da amostra, bem como a informação médica e genética do paciente, anonimamente, para fins de pesquisa ou controle de qualidade (a menos que não seja permitido pela legislação aplicável). Tais usos podem resultar no desenvolvimento de produtos e serviços comerciais. O paciente não receberá notificação de usos específicos ou compensação por eles. Todos os usos possíveis estarão de acordo com a lei aplicável. O paciente deve expressar sua vontade em relação à entrega do excedente de sua amostra e das informações derivadas do estudo deste documento.
- 10.- Para a maioria dos testes genéticos, o acesso aos resultados via internet não estará disponível. Devido à complexidade dos testes genéticos e às implicações importantes dos resultados destes, os resultados serão relatados apenas através de um profissional qualificado ou outro prestador de cuidados de saúde capacitado. Os resultados são confidenciais permitida por lei.



QUESTIONÁRIO PARA O EXAME MUTAÇÃO DO GENE RET (GERET)

Se você entendeu as informações que lhe foram fornecidas, resolveu quaisquer dúvidas que possa ter e deu seu consentimento para a realização de testes genéticos nos termos explicados acima, por favor, assine este consentimento informado na afirmativa abaixo:

Eu _____ (paciente ou representante legal) [nome completo]

declaro que, fui informado de que _____

(nome da pessoa de quem a amostra pertence) pode ser afetado ou ser portador de alteração genética.

Dou o meu consentimento para a realização dos referidos testes genéticos no departamento de genética da **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS** e, se necessário, noutros laboratórios por ela designados, com as devidas garantias, para auxiliar no processo de diagnóstico.

No caso particular de detectar achados secundários que não são objetivo deste estudo, mas que podem ser de interesse para mim e/ou parentes no presente ou no futuro, declaro o seguinte:

- Não desejo ser informado/a
- Desejo ser informado/a

No que diz respeito à entrega do excedente da minha amostra e as informações derivadas do estudo, declaro as seguintes:

- Não permito que sejam utilizadas
- Permito que sejam utilizadas

Data: Em _____ de _____ 20_____

Nome do paciente ou representante legal

Profissional autorizado que
solicita o consentimento

RG: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____