



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO
DE ALTERAÇÃO GENÉTICA PREVIA IDENTIFICADA
(AAGPI, AAGP2)**

Este formulário deve ser completamente preenchido para evitar atrasos na liberação do exame.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue e saliva será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu compreendo que as amostras para diagnóstico serão utilizadas com o propósito de determinar se eu sou portador de uma alteração genética, ou apresento risco aumentado para esta condição genética. Eu compreendo que:

(1) A análise de DNA realizada é específica para a condição especificada.

(2) Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a utilidade do teste. Os testes não são considerados pesquisa, mas são considerados como o melhor e o mais novo serviço disponível. Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente ou que uma falha possa ocorrer. A taxa de erros é muito baixa, algo em torno de 1 em 1.000 amostras. Minha assinatura abaixo reconhece minha participação voluntária neste teste, mas de nenhuma forma libera o laboratório e seus funcionários de sua responsabilidade ética em relação a mim.

(3) Em alguns casos, pode ser necessário que o laboratório realize nova análise nas amostras de DNA utilizando métodos novos e aperfeiçoados. No entanto, eu entendo que o laboratório não é um serviço de estocagem de DNA e minha amostra de DNA pode não estar disponível para estudos clínicos futuros.

(4) Esta amostra será utilizada somente para o teste solicitado. Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser tornadas anônimas (remoção de todos os identificadores) e usadas como amostras-controle ou em pesquisa. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

Nome do paciente: _____

Telefones para contato: residencial () _____ **celular ()** _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Nome do exame solicitado: _____

Nome do médico solicitante: _____ **CRM:** _____

Telefones para contato: () _____ **e-mail:** _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Sexo: () Feminino () Masculino

Teste para: () Suspeita Diagnóstica () Detecção de portador

Qual a ancestralidade do paciente? _____

Descreva os principais sintomas Clínicos: _____

Paciente realizou transplante de medula óssea?

() Sim

() Não

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

() Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos,pais,sobrinhos,etc...)

() Não

Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?

() Sim. Se sim, é necessário especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo.

() Não

Favor preencher o questionário abaixo apenas para os testes genéticos de câncer.

HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE

- () Nenhum
- () Câncer de mama invasivo () bilateral Idade de diagnóstico: _____
- () Câncer de mama *insitu* () bilateral Idade de diagnóstico: _____
- () Câncer de ovário Idade de diagnóstico: _____
- () Câncer de intestino Idade de diagnóstico: _____
- () Adenomas intestinais Nº de adenoma _____ Idade de diagnóstico: _____
- () Câncer de endométrio Idade de diagnóstico: _____
- () Outro tipo de câncer: _____ Idade de diagnóstico: _____

HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

() Nenhum

Abaixo indicar os casos de câncer na família, se houver, com as informações solicitadas:

Grau de parentesco	Materno	Paterno	Localização do câncer	Idade de diagnóstico
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____