

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: _____

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 *in situ* () bilateral idade de diagnóstico: _____
() Câncer de ovário idade de diagnóstico: _____
() Câncer de intestino idade de diagnóstico: _____
() Adenomas intestinais N° de adenomas: _____ 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
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____