

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA TESTE GENÉTICO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue 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: _____

Telefone para contato: residencial () _____ Celular () _____

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

Data: / / ____

Nome do exame solicitado: _____

Nome do médico solicitante: _____ CRM: _____

Telefone para contato: residencial () _____

e-mail: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

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 Nº 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
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____
_____	()	()	_____	_____