

Termo de Consentimento para painel de teste genético

Eu, _____, solicito e permito o laboratório a analisar o(s) gene(s) indicado(s) pelo médico, em:

Minha amostra Amostra do meu filho.

EU ENTENDI QUE:

1. Mais informações sobre _____ (exame solicitado) estão disponíveis no site do laboratório ou pelo responsável técnico;
2. Os resultados deste teste de DNA podem ser:
 - a. Positivo, e pode:
 - i. Contribuir para o diagnóstico de uma condição genética.
 - ii. Revelar ser portador de uma condição genética.
 - iii. Revelar uma predisposição ou um risco aumentado para o desenvolvimento de uma doença genética no futuro.
 - iv. Pode ter implicações em outros membros da família.
 - b. Negativo, e pode:
 - i. Reduzir, mas não elimina a possibilidade dos sintomas terem base genética.
 - ii. Reduzir, mas não eliminar a predisposição ou risco de desenvolver uma doença genética no futuro.
 - iii. Não ser informativo.
 - iv. Não descarte a possibilidade de testes adicionais.
 - c. Resultado incerto e pode:
 - i. Sugerem que teste em familiares pode ter grande importância.
 - ii. Permanecem incertos para o futuro previsível.
 - iii. Pode ser resolvido ao longo do tempo. O laboratório deverá notificar sobre quaisquer alterações.
3. Os testes genéticos moleculares podem não ser diagnósticos para a(s) condição(s) selecionada(s) em todos os indivíduos. Este teste pode ou não fornecer informações adicionais para um diagnóstico médico.
4. Alguns tipos de alterações DNA que podem causar um distúrbio genético específico podem não ser detectados por este teste. Como a maioria dos testes genéticos moleculares, esse teste possui limitações técnicas que podem impedir a detecção de variantes raras específicas devido a problemas a qualidade do DNA, propriedades inerentes da sequência de DNA ou outros tipos de limitações.
5. Pode haver possíveis variáveis técnicas no Laboratório, variantes raras de DNA que comprometem a análise de dados, sistemas de classificação científica inconsistente e imprecisa, por isso é importante a apresentação de relatórios em relação aos familiares ou informações de diagnóstico clínico.
6. O teste apenas interpretará as partes da sequência de DNA do(s) gene(s) indicado(s) para o exame solicitado pelo médico. No entanto, a tecnologia obtém a informação da sequência de DNA relacionada a uma ampla gama de condições genéticas e a interpretação e liberações de outras partes dos dados genéticos remanescentes podem ser solicitadas (valores e taxas adicionais).



7. Os relatórios clínicos do laboratório são divulgados apenas para o(s) profissional(es) de saúde certificado(s) responsáveis pela análise.

Os relatórios são confidenciais e só serão divulgados a outros profissionais médicos com o meu consentimento explícito por escrito.

8. Alguns testes podem ser autorizados pelo convênio médico e outros não.

9. Os resultados do teste são analisados de acordo com o histórico médico fornecido.

10. Um profissional qualificado poderá sanar as dúvidas sobre o teste.

11. Os dados e as informações pessoais minha ou do meu filho(a) serão armazenadas e protegidas com estrita confiança.

12. A informação genética tende a aprimorar ao longo do tempo, o laboratório pode notificar-me de atualizações clínicas relacionadas ao meu perfil genético ou do meu filho, o médico pode solicitar outros testes, caso julgue necessário.

13. Tenho o direito de receber uma cópia deste formulário de consentimento.

Confirmo que:

1. Fui informado sobre a probabilidade de encontrar uma alteração no(s) gene(s) para o qual eu ou meu filho esta sendo testado e receberei informações clínicas específicas de teste.

2. Eu li e compreendo as informações fornecidas neste formulário e tive a oportunidade de tirar dúvidas.

Assinatura do paciente: _____

Data: _____

Nome do paciente: _____

E-mail: _____

Assinatura do pai / responsável, se o paciente for menor:

Nome do pai / responsável: _____