

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Sequenciamento Completo do Exoma

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ **Sexo:** _____

1. Sobre o exame

O exame de **Exoma (EXOMA)** é um teste genético que analisa milhares de genes simultaneamente, avaliando as regiões do DNA responsáveis pela produção de proteínas (exons). Seu objetivo é identificar alterações genéticas que possam estar relacionadas a doenças, condições médicas ou características hereditárias.

2. Limitações do exame

Estou ciente de que:

- O desenvolvimento de doenças depende não apenas da genética, mas também de fatores ambientais, hábitos de vida, alimentação, atividade física e exposição a agentes externos.
- A identificação de uma alteração genética não significa necessariamente que a doença irá se manifestar.
- Nem todas as alterações encontradas terão utilidade diagnóstica ou resultarão em mudanças no tratamento médico.
- O exame avalia principalmente as regiões codificantes do DNA, podendo não identificar alterações localizadas em outras regiões do genoma.
- A interpretação dos resultados pode ser modificada futuramente em razão de novos conhecimentos científicos.
- A análise e interpretação dos resultados devem ser realizadas por profissional médico habilitado.

3. Utilização de dados para pesquisa

Autorizo, de forma livre e esclarecida, a utilização dos dados obtidos por meio deste exame, observando que:

- Todos os dados utilizados serão previamente anonimizados, com remoção irreversível de informações que permitam minha identificação.
- Os dados poderão ser utilizados em pesquisas científicas, estudos genéticos, bioinformática, desenvolvimento e aprimoramento de processos, produtos e publicações científicas.
- A utilização dos dados ocorrerá sem qualquer remuneração para as partes.

Autorização para uso dos dados anonimizados:

() SIM, autorizo a utilização dos meus dados anonimizados para as finalidades descritas acima.

() NÃO, não autorizo a utilização dos meus dados para essas finalidades.

4. Recebimento de achados secundários clinicamente relevantes

Além do motivo principal da realização do exame, podem ser identificadas variantes genéticas relacionadas a outras condições de saúde para as quais existam medidas de prevenção, acompanhamento ou tratamento, conforme diretrizes do American College of Medical Genetics (ACMG).

Desejo receber essas informações adicionais:

() SIM, desejo que sejam reportadas variantes patogênicas clinicamente relevantes previstas pelas diretrizes do ACMG.

() NÃO, não desejo receber informações sobre variantes patogênicas previstas pelas diretrizes do ACMG.

Observação: Caso nenhuma opção seja assinalada, as variantes patogênicas previstas pelas diretrizes do ACMG poderão ser reportadas.

Declaração de Consentimento

Declaro que recebi informações claras e suficientes sobre o exame de Exoma, suas finalidades, benefícios, limitações e possíveis resultados. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e compreendo que a interpretação dos resultados depende de avaliação médica especializada.

Por estar de acordo, assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Data