



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE DE PERFIL TUMORAL**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE DE PERFIL TUMORAL**

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu entendo que uma amostra minha de tecido tumoral será encaminhada para análise pelo Grupo Fleury com o propósito de identificar alterações genéticas presentes nesse material e apontar possíveis opções de tratamento baseadas no conhecimento científico atual. Estou ciente que: (1) A análise de DNA realizada é direcionada para a condição investigada e considera o conhecimento científico atual; (2) A interpretação do resultado deste teste pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novas informações e tecnologias pela ciência; (3) O laboratório Fleury não possui serviço de armazenamento de DNA e, portanto, caso o paciente realize quaisquer outros testes genéticos, será necessário avaliar disponibilidade do tecido; (4) Este teste é complexo e utiliza materiais especializados, existindo uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente; (5) Existe a possibilidade de não serem encontradas alterações genéticas ou opções terapêuticas com este teste; (6) Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser anonimizadas (remoção de todos os identificadores) e utilizadas como amostras-controle ou para pesquisa, submetida e aprovada pelo comitê de ética do Grupo Fleury. No caso de uso para pesquisa, os resultados não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os mesmos não serão comunicados; (7) Achados incidentais não relacionados ao motivo de solicitação deste teste podem ser encontrados e serão notificados caso tenham significado médico claro para a saúde do indivíduo ou família; (8) Minha assinatura neste termo não libera o laboratório e seus funcionários, de nenhuma forma, de sua responsabilidade ética em relação a mim.

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:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_