



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: _____