

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTES GENÉTICOS SOMÁTICOS (MIELOIDES E LINFOIDES)

Identificação do paciente (*preencha com letra de forma*):

Nome completo: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
Município/Estado de Nascimento: _____ / _____
Nacionalidade: _____
Sexo: () Feminino () Masculino
Estado Civil: _____
Nome da Mãe: _____
Profissão: _____
CPF: _____
RG: _____
Endereço: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Município/Estado: _____
Telefone para contato: () _____
Email para contato: _____
Nome do médico: _____ CRM: _____
E-mail do médico: _____

(1) A análise genética será direcionada para o teste solicitado pelo médico assistente e pode estar relacionada ao diagnóstico, prognóstico, monitoramento ou elegibilidade terapêutica;

(2) O pedido médico e os laudos anatomopatológico/imuno-histoquímico (se pertinente) do tumor deverão ser apresentados no momento do cadastro do exame. Preferencialmente, um resumo clínico/justificativa para realização do exame também deve ser entregue. Estes requisitos são fundamentais para a análise e interpretação dos resultados obtidos. Caso as informações enviadas não sejam suficientes, o laboratório entrará em contato com o objetivo de solicitar informações adicionais;

(3) Para exames em que a análise será realizada em bloco de parafina, as lâminas e os blocos de parafina representativos do tumor devem ser apresentados no momento do cadastro, exceto se o material tiver sido previamente analisado por um laboratório do Grupo;

(4) Quando o material tiver sido previamente analisado por um laboratório do Grupo, é importante informar durante o atendimento. Nestes casos, os blocos de parafina e lâminas já se encontram em nossos arquivos e não há necessidade de entregá-los no momento do cadastro do exame;

(5) Para exames em que a análise será realizada no sangue/plasma (biopsia líquida), não é necessário entregar os blocos de parafina e lâminas do tumor; o procedimento de coleta de sangue é o mesmo que se realiza para qualquer outro exame de sangue (como hemograma, por exemplo), sendo que o único risco seria o desconforto causado pela punção de veia periférica;

(6) O teste genético não deve ser usado como única ferramenta para o diagnóstico. A decisão final sobre a conduta apropriada para você deverá ser feita em conjunto com seu médico;

(7) A interpretação dos resultados deste teste considera o desenvolvimento científico atual e pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novos conhecimentos científicos e avanços da tecnologia e ferramentas de análise;

(8) A amostra biológica será utilizada apenas para o teste solicitado ou testes confirmatórios. Para a realização de novos testes, a obtenção de novo consentimento informado do paciente ou responsável legal é obrigatória;

(9) Os dados obtidos a partir da análise do seu DNA serão armazenados em servidor próprio do laboratório, por um período de 5 anos, sendo garantida a confidencialidade e segurança destas informações. Dados anonimizados, extraídos do seu material, poderão ser colocados em bases de dados públicas ou utilizados como amostra-controle/pesquisa, desde que não haja qualquer característica que permita a sua identificação;

(10) A amostra tumoral em bloco de parafina apresenta artefatos inerentes aos processos pelos quais o tecido é submetido, tais como fixação em formalina, desidratação tecidual e inclusão em parafina, que podem causar fragmentação do material genético e, em alguns casos, inviabilizar a realização deste teste e gerar resultados inconclusivos. Resultados inconclusivos também podem decorrer de quantidade insuficiente de células tumorais no bloco de parafina;

(11) Se eu tiver outras perguntas sobre este teste, posso entrar em contato com o Laboratório para esclarecimentos adicionais.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Por todo o exposto, eu, Paciente, () representado por meu Responsável Legal, consinto com a realização do exame e declaro que:

- Recebi informação sobre o exame, seus benefícios, riscos e possibilidade de intercorrências.
- Fui informado sobre os cuidados que devo adotar antes e após a realização do exame.
- Autorizo o envio dos laudos/resultados diretamente ao médico solicitante do exame.
- Me foi dada a oportunidade de indicar e sanar todas as minhas dúvidas sobre o exame.

Ao assinar o presente termo estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais, assim como a sua retenção, seguirão as diretrizes da Política de Privacidade.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Paciente/Responsável: _____

FICHA COMPLEMENTAR A PAINÉIS NGS PARA NEOPLASIAS MIELÓIDES

As informações fornecidas serão utilizadas para geração de um Laudo Personalizado.

Esta ficha deve acompanhar as amostras quando forem realizados os seguintes exames:

- PAINEL NGS NEOPLASIAS MIELÓIDES EXPANDIDO (código - MIECMI)
- PAINEL NGS PARA NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS BCR-ABL negativas (código - NEMIMI)
- PAINEL NGS PARA SÍNDROME MIELODISPLÁSICA (código - SMDNMI)
- PAINEL NGS PARA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (código - LMANMI)
- PAINEL NGS PARA LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA JUVENIL (código - LMMJMI)

Nome do Médico	
Contato médico solicitante	Celular:
	Email:
Data coleta da amostra:	
Tipo de amostra:	<input type="checkbox"/> Sangue Periférico
	<input type="checkbox"/> Medula Óssea
Nome do Paciente:	
Gênero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data de Nascimento:	
Tratamento:	<input type="checkbox"/> Nenhum (amostra do diagnóstico)
	<input type="checkbox"/> Primeira Remissão
	<input type="checkbox"/> Recidiva
	<input type="checkbox"/> Pós-Recidiva
LDH (desidrogenase láctica):	
Leucometria:	
Contagem Plaquetas:	
Blastos:	Sangue Periférico: _____%
	Medula Óssea: _____%
Esplenomegalia (aumento do baço):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Classificação:	
Leucemia Mielóide Aguda	<input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> de novo
	<input type="checkbox"/> sLMA
	<input type="checkbox"/> tLMA
Neoplasia Mieloproliferativa	<input type="checkbox"/> NMP BCR-ABL negativa
	<input type="checkbox"/> Policitemia Vera (PV)
	<input type="checkbox"/> Trombocitemia Essencial (TE)
	<input type="checkbox"/> Mielofibrose (MF)
	<input type="checkbox"/> Outra
Síndrome Mielodisplásica	<input type="checkbox"/> SMD
Outras Informações Relevantes:	
Gene de fusão	inv16/t(16;16) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sabe
	t(15;17) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sabe
	t(8;21) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sabe
	t(9;22) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sabe
	t(9;11) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sabe
Citogenética	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> em andamento
Se SIM descrever a alteração	
Cariótipo complexo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não sabe