



TESTE GENÉTICO PARA FRAGILIDADE ÓSSEA

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de sangue ou saliva será obtida e que o procedimento de coleta possui um risco mínimo associado como dor, hematoma ou outro desconforto no local da coleta; compreendo que a amostra para diagnóstico será utilizada com o propósito de determinar a presença de alguma alteração genética. Estou ciente que: (1) A análise de DNA realizada é direcionada para a condição investigada e considera o desenvolvimento 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 queira realizar quaisquer outros testes genéticos, será necessária nova coleta; (4) Este teste é complexo e utiliza materiais especializados, existindo uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente;

(5) 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; (6) Achados incidentais não relacionados ao motivo de solicitação deste teste podem ser encontrados e serão reportados caso tenham significado médico claro para a saúde do indivíduo ou família; (7) Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais.

• **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:** _____



INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () Feminino () Masculino

Teste para: () Suspeita diagnóstica () Detecção de portador

Qual a ancestralidade do paciente? _____

Descreva os principais sintomas clínicos:

- Já fraturou algum osso? () Sim () Não

Caso tenha respondido sim: qual (ou quais) osso, com qual idade e como cada fratura ocorreu? _____

- Já realizou densitometria óssea? () Sim () Não

Caso tenha respondido sim: o resultado estava alterado? () Sim () Não

- Apresenta deformidade em coluna, pernas e/ou braços ou já realizou cirurgia ortopédica corretiva? () Sim () Não

- Apresenta alteração dentária como:

Dentes acinzentados/amarelados? () Sim () Não

Encaixe desalinhado dos dentes superiores com inferiores e/ou prognatismo (queixo para frente)? () Sim () Não

Queda precoce dos dentes? () Sim () Não

- Tem esclera (branco dos olhos) azulada ou acinzentada? () Sim () Não

- Possui articulações mais flexíveis que as outras pessoas? () Sim () Não

- Faz uso contínuo de alguma medicação? () Sim () Não

Cite as medicações em uso: _____



TESTE GENÉTICO PARA FRAGILIDADE ÓSSEA

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

() Não

() Sim. Indique o grau de parentesco [irmã(o), pai, mãe, tia(o), etc]

Quais sintomas em comum?

Você ou alguém da sua família já realizou esse exame antes?

() Não

() Sim. Anexar cópia do laudo ou especificar o achado encontrado.
