



TESTE GENÉTICO PARA PAINÉIS NEUROLÓGICOS

QUESTIONÁRIO

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: _____



TESTE GENÉTICO PARA PAINÉIS NEUROLÓGICOS

QUESTIONÁRIO

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:

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 acha do encontrado.