

A **requisição** e o **termo** a seguir contem **informações básicas e indispensáveis** para a realização de um teste genético.

Verifique se o teste que deseja realizar não possui uma requisição e termo específico.

Nome do paciente				Data Nasc.	
Endereço				CEP	
Telefone	Celular	e-mail			
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Indeterminado		
Análise Solicitada					

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS necessárias PARA A REALIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO da análise genética.

Indicação para investigação: (Marque somente uma opção)

- Estudo genético familiar
- Complementação diagnóstica de patologia conhecida
- Suspeita diagnóstica (Informe os principais sintomas clínicos):

---

---

---

---

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?  Sim  Não

Indique o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc.) \_\_\_\_\_

O paciente ou alguém da família já realizou este exame antes?  Sim. Anexe cópia do laudo.  Não

Ancestralidade / Origem do paciente

Caucasiano  Portuguesa ou espanhola  Afrodescendente

Indígena  Asiática  Judeu Ashkenazi  Outros Judeus  Outros: \_\_\_\_\_

Informações complementares

---

---

---

Assinatura / Carimbo do Médico

Data da Solicitação

Etiqueta de Identificação



## Termo de Consentimento Informado

Via Laboratório DLE

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, livremente solicito e autorizo o DLE - Medicina Laboratorial que realize a análise da amostra de DNA isolado a partir de minhas células obtidas do raspado bucal ( ) ou de sangue ( ), em coleta realizada no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, para verificar a probabilidade de que eu (ou pessoa sob minha guarda legal, indicado no campo "paciente") seja afetado ou portador de informação genética relacionada a doença investigada ou que exista informação genética que predisponha ao aparecimento futuro de uma condição desfavorável à saúde.

### INFORMAÇÕES SOBRE TESTES GENÉTICOS

Estou ciente que existem diversos desdobramentos possíveis para os testes genéticos:

- Os métodos utilizados nestes exames não têm como objetivo a investigação de paternidade nem de outras condições clínicas além daquelas especificadas na solicitação;
- Os testes genéticos podem indicar maior ou menor probabilidade que o paciente venha ser afetado pela condição investigada. Os testes genéticos não fornecem certeza matemática da manifestação de uma doença ou condição desfavorável;
- Os métodos usados para os testes genéticos têm suas limitações, tal como a vasta maioria dos testes laboratoriais;
- Algumas das alterações gênicas e variações raras no DNA dos indivíduos podem não ser detectadas. Outras alterações detectadas poderão ser de significado funcional e clínico desconhecidos. Nestes casos o médico assistente indicado por você é o profissional qualificado para interpretar o resultado;
- Alguns testes são específicos para uma determinada mutação, não sendo possível detectar mutações em outras regiões do DNA não pesquisadas.
- A tecnologia e os testes realizados nos exames genéticos pelo DLE - Medicina Laboratorial são aqueles considerados os mais avançados no momento. É possível que a composição dos painéis de exames seja modificada no futuro ou que outros exames mais avançados sejam criados, não havendo obrigação do DLE - Medicina Laboratorial em refazer os testes em indivíduos já testados sem que isto implique em um novo exame, com uma nova solicitação.

### CONFIDENCIALIDADE

Após o teste, a amostra restante do DNA extraído não estará disponível para retirada, encaminhamento a outra instituição ou para testes adicionais. Os resultados do teste serão transcritos em forma de laudo e enviados ao requisitante do teste ou ao médico assistente, que se encarregará de transmiti-lo a você e tirar suas dúvidas. Os resultados do teste não serão, em qualquer hipótese, informados verbalmente. Assim sendo, além de você, somente seu médico assistente terá acesso às informações. O seu laudo é confidencial e não poderá ser divulgado para qualquer outra instituição ou indivíduo sem uma autorização adicional específica e por escrito.

### CONSENTIMENTO

Os riscos, benefícios e limitações dos testes de DNA foram explicados para mim de forma ampla, clara e satisfatória. Eu declaro que li este formulário de consentimento. A minha assinatura neste documento constitui permissão para a realização do teste genético em amostra de DNA colhida de mim ou de pessoa sob a minha guarda legal, indicada acima.

A análise da amostra contendo material genético somente terá início mediante o envio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a autorização para o teste.

Atesto a veracidade das informações acima descritas.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Etiqueta de Identificação

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

### DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do teste genético.

Nome (completo) \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



## Termo de Consentimento Informado

Via Cliente

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

**O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, livremente solicito e autorizo o DLE - Medicina Laboratorial que realize a análise da amostra de DNA isolado a partir de minhas células obtidas do raspado bucal ( ) ou de sangue ( ), em coleta realizada no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, para verificar a probabilidade de que eu (ou pessoa sob minha guarda legal, indicado no campo "paciente") seja afetado ou portador de informação genética relacionada a doença investigada ou que exista informação genética que predisponha ao aparecimento futuro de uma condição desfavorável à saúde.

### INFORMAÇÕES SOBRE TESTES GENÉTICOS

Estou ciente que existem diversos desdobramentos possíveis para os testes genéticos:

- Os métodos utilizados nestes exames não têm como objetivo a investigação de paternidade nem de outras condições clínicas além daquelas especificadas na solicitação;
- Os testes genéticos podem indicar maior ou menor probabilidade que o paciente venha ser afetado pela condição investigada. Os testes genéticos não fornecem certeza matemática da manifestação de uma doença ou condição desfavorável;
- Os métodos usados para os testes genéticos têm suas limitações, tal como a vasta maioria dos testes laboratoriais;
- Algumas das alterações gênicas e variações raras no DNA dos indivíduos podem não ser detectadas. Outras alterações detectadas poderão ser de significado funcional e clínico desconhecidos. Nestes casos o médico assistente indicado por você é o profissional qualificado para interpretar o resultado;
- Alguns testes são específicos para uma determinada mutação, não sendo possível detectar mutações em outras regiões do DNA não pesquisadas.
- A tecnologia e os testes realizados nos exames genéticos pelo DLE - Medicina Laboratorial são aqueles considerados os mais avançados no momento. É possível que a composição dos painéis de exames seja modificada no futuro ou que outros exames mais avançados sejam criados, não havendo obrigação do DLE - Medicina Laboratorial em refazer os testes em indivíduos já testados sem que isto implique em um novo exame, com uma nova solicitação.

### CONFIDENCIALIDADE

Após o teste, a amostra restante do DNA extraído não estará disponível para retirada, encaminhamento a outra instituição ou para testes adicionais.

Os resultados do teste serão transcritos em forma de laudo e enviados ao requisitante do teste ou ao médico assistente, que se encarregará de transmiti-lo a você e tirar suas dúvidas. Os resultados do teste não serão, em qualquer hipótese, informados verbalmente. Assim sendo, além de você, somente seu médico assistente terá acesso às informações. O seu laudo é confidencial e não poderá ser divulgado para qualquer outra instituição ou indivíduo sem uma autorização adicional específica e por escrito.

### CONSENTIMENTO

Os riscos, benefícios e limitações dos testes de DNA foram explicados para mim de forma ampla, clara e satisfatória. Eu declaro que li este formulário de consentimento. A minha assinatura neste documento constitui permissão para a realização do teste genético em amostra de DNA colhida de mim ou de pessoa sob a minha guarda legal, indicada acima.

A análise da amostra contendo material genético somente terá início mediante o envio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a autorização para o teste.

Atesto a veracidade das informações acima descritas.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Etiqueta de Identificação

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

### DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do teste genético.

Nome (completo) \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_