

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TESTES MOLECULARES

Nome do Paciente

CPF do Paciente ou Responsável

Data do Nascimento

Sexo

Endereço

Bairro

Município

Estado

CEP

DDD/Telefone

DDD/Celular

E-Mail

Nome do Responsável

CPF do Responsável

Grau de Parentesco

Nome do Médico

Número do CRM

E-Mail

Endereço

Bairro

Município

Estado

CEP

DDD/Telefone

DDD/Celular

Email

Hipótese Diagnóstica

Exame Solicitado

Observações (doenças associadas, sintomas, histórico familiar, etc)

Solicito e autorizo a DNA Consult Genética e Biotecnologia Ltda. a testar a minha amostra (ou de meu filho(a)) para a condição acima especificada. Minha assinatura abaixo constitui minha compreensão de que os benefícios, riscos e limitações deste teste foram explicados satisfatoriamente a mim por um profissional qualificado e que eu recebi informações por escrito descrevendo o teste a ser realizado.

Informações Técnicas:

1. Os resultados dos testes de DNA podem:
 - a. Diagnosticar se eu (ou meu filho) tenho ou não essa condição ou estou em risco de desenvolver esta condição;
 - b. Indicar ou não se eu (ou o meu filho) sou um portador para esta condição;
 - c. Prever se outro membro da família tem ou está em risco de desenvolver esta condição;
 - d. Prever se outro membro da família é portador dessa condição;
 - e. Ser indeterminado devido a limitações técnicas;
 - f. Revelar ou não a paternidade;
 - g. Revelar ou indicar outros fatores não previstos neste termo.
2. O teste de DNA é específico apenas para o estado(s) acima mencionado e não irá detectar todas as mutações causais;
3. O significado de um resultado positivo ou de um resultado negativo do teste com base na minha história familiar foi explicado;
4. Embora o teste de DNA geralmente produza informações precisas, diversas fontes de erro são possíveis. Estes incluem, mas não estão limitados a: erro do diagnóstico clínico/condição; informações incorretas sobre as relações familiares;
5. É importante mencionar que a ética impede a discriminação de qualquer pessoa por qualquer condição. É de minha responsabilidade considerar o possível impacto desses resultados.
6. As características de desempenho deste teste foram validadas pela DNA Consult Genética e Biotecnologia Ltda., e amparadas por inúmeras publicações científicas especializadas;
7. Após os identificadores pessoais serem removidos, a minha amostra de DNA (ou de meu filho), pode ser armazenada indefinidamente e usada para validação de testes, programas de educação, ou projetos científicos. Eu posso solicitar informações e/ou a eliminação da minha amostra de DNA após a conclusão do teste acima solicitado entrando em contato com o laboratório pelo telefone (16) 3368-2233 ou pelo e-mail cliente@dnaconsult.com.br.

Forma de entrega do Laudo ao Paciente: e-mail Correspondência

Assinatura do Paciente/Responsável _____

Data: ___/___/___