

Guia prático de como preencher documentações para realização de TESTES MOLECULARES

CS BRAZIL

Igenomix[®]

Elaborado por: Anamara Braga
Versão 3.0
Data emissão: 03/04/2023



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

igénomix
WITH SCIENCE ON YOUR SIDE

Formulário de requisição de Testes Genéticos Moleculares

Os campos marcados com (*) são obrigatórios para a realização do teste e podem sofrer penalidade através do processamento de amostra.

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica/Centro médico: _____ *Unidade/UF: _____
 *Médico (Nome completo)/CRM: _____
 Pessoa para contato: _____
 E-mail ou telefone para contato: _____ *E-mail para envio dos resultados: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*ID do paciente (1): _____ (2): Caso não possua, colocar como NÃO APLICÁVEL.
 *Nome completo do paciente: _____
 *Data de nascimento: _____ *CPF: _____
 *Sexo: Masculino Feminino
 *Endereço: _____ *Nº: _____ *Complemento: _____
 *Cidade: _____ *Estado: _____ *CEP: _____
 *E-mail para contato: _____ *Telefone: _____

INDICAÇÃO DO TESTE

Indicação: _____ Para testes pré-natais, informe a idade gestacional (semanas): _____

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA

Tipo de amostra: Sangue periférico Líquido amniótico Vilosidade coriônica Outra: _____

*Data da coleta da amostra: _____

***ANÁLISE SOLICITADA**

<input type="checkbox"/> Síndrome do X-Frígil (expansão de CGG)	<input type="checkbox"/> Teste pré-natal rápido (QF-PCR)
<input type="checkbox"/> Fibrose cística (estudo de 50 mutações)	<input type="checkbox"/> Teste pré-natal para aneuploidias rápidas (NBS)
<input type="checkbox"/> Microdeleções do cromossomo Y	<input type="checkbox"/> Array pré natal
<input type="checkbox"/> Análise Protrombina (FII) - mutação G20210A	<input type="checkbox"/> Array pós natal
<input type="checkbox"/> Análise Fator V Leiden - mutação G1691A	<input type="checkbox"/> Painel NGS (Especifique em comentários)
<input type="checkbox"/> Análise MTHFR - mutações C677T e A1298C	<input type="checkbox"/> Outro teste(s): _____
<input type="checkbox"/> Hemocromatose (mutações C282Y, H63D, S65C)	
<input type="checkbox"/> Atrofia muscular espinhal (deleção do éxon 7/8)	

Comentários:

 É altamente recomendável anexar o histórico médico relevante do paciente a esta solicitação.

Consentimento do paciente: Ao enviar este formulário, solicito imediatamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido copia do consentimento informado incluído nas próximas páginas. Declaro que fui suficientemente informado(a), sou o dono dos dados, benefícios e limitações do teste.

Assinatura do paciente: **SEU NOME** Data: ____/____/____

Assinatura do médico: Certifico que as informações do paciente e do médico neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicito a teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Especifico as indicações deste teste e respondo a todas as perguntas. Entendo que o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

Assinatura do médico: **SEU NOME** Data: ____/____/____

Os campos obrigatório estão marcados com *

Essas informações são essenciais para o registro do paciente em nossos sistemas.

A falta de preenchimento nos campos obrigatórios impedem a continuidade da análise, deixando a amostra em **quarentena** até obtenção do dados. Nestes casos, o prazo de liberação do laudo iniciará apenas quando todas as informações e assinaturas forem encaminhadas ao laboratório.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica/Centro médico: *Unidade/UF:

* Médico (Nome completo)/CRM:

Pessoa para contato:

E-mail ou telefone para contato: *E-mail para envio dos resultados:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Campos dedicados para informações do centro médico que realizou assistência, onde são obrigatórias:

- Nome do centro médico/consultório/hospital/laboratório
- Unidade/UF (este campo é para possibilitar a identificação principalmente quando o centro médico possui mais de uma unidade);
- Médico e CRM (orientamos a incluir nome completo do médico responsável pela solicitação do teste para evitar possíveis erros de identificação);
- Telefone e Pessoa para contato
- E-mail para envio do resultado (pode ser médico e/ou paciente ou ambos).

Informações adicionais:

Endereço do centro médico (importante para os locais que ainda não possuem cadastro na Igenomix).



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

Igenomix®

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*ID do paciente (1): (1): Caso não possua, colocar como NÃO APLICÁVEL

*Nome completo do paciente:

*Data de nascimento: *CPF:

*Sexo: Masculino Feminino

*Endereço: *Nº *Complemento:

*Cidade: *Estado: *CEP:

*E-mail para contato: *Telefone:

Caso apenas uma pessoa realize o teste, somente este campo com os dados do paciente deverão ser preenchidos os campos dedicados ao parental 1 e 2 ficarão em branco. Campos dedicados para informações do Paciente e obrigatórias:

- Nome completo
- Data de nascimento
- CPF do paciente
- Sexo do paciente
- Endereço completo
- Email para receber laudo
- Telefone



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

INDICAÇÃO DO TESTE

Indicação: Para testes pré-natais, informe a idade gestacional (semanas):

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA

Tipo de amostra: Sangue periférico Líquido amniótico Vilosidade coriônica Outra:

* Data da coleta da amostra:

- Informar a indicação do teste e em caso de gravidez informar de quantas semanas está.
- Informar qual o tipo de amostra coletada e enviada para análise:

Sangue periférico Líquido amniótico Vilosidade coriônica Outra:

- Informar a data de coleta da amostra.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

*ANÁLISE SOLICITADA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome do X-frágil (expansão de CGG) | <input type="checkbox"/> Teste pré-natal rápido (QF-PCR) |
| <input type="checkbox"/> Fibrose cística (estudo de 50 mutações) | <input type="checkbox"/> Teste pré-natal para aneuploidias rápidas (NGS) |
| <input type="checkbox"/> Microdeleções do cromossomo Y | <input type="checkbox"/> Array pré natal |
| <input type="checkbox"/> Análise Protrombina (FII) - mutação G20210A | <input type="checkbox"/> Array pós natal |
| <input type="checkbox"/> Análise Fator V Leiden - mutação G1691A | <input type="checkbox"/> Painel NGS (Especifique em comentários) |
| <input type="checkbox"/> Análise MTHFR - mutações C677T e A1298C | <input type="checkbox"/> Outro teste(s): <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemocromatose (mutações C282Y, H63D, S65C) | |
| <input type="checkbox"/> Atrofia muscular espinhal (deleção do éxon 7/8) | |

Comentários:

É altamente recomendável anexar o histórico médico relevante do paciente a essa solicitação.

- Campos dedicados para selecionar qual a análise vai realizar, deverá ser selecionada uma das opções.
- Inserir comentários e informações que achar pertinente para a realização do teste.



Como preencher?

Formulário de requisição do teste TESTES MOLECULARES

*Consentimento do paciente: Ao assinar este formulário, solicito voluntariamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido cópia do consentimento informado incluído nas próximas páginas. Declaro que fui suficientemente informado(a), acerca dos riscos, benefícios e limitações do teste.

*Assinatura do paciente: Data:

*Autorização do médico: Certifico que as informações do paciente e do médico neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicitei o teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Expliquei as limitações deste teste e respondi a todas as perguntas. Entendo que o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

*Assinatura do médico: Data:

Campos dedicados para assinatura:

- PACIENTE:
- MÉDICO (caso o médico tenha fornecido um pedido médico não é obrigatório assinar novamente).



Como preencher?

Termo de consentimento do teste TESTES MOLECULARES

O Consentimento Informado tem como finalidade principal esclarecer ao paciente o seu diagnóstico, o prognóstico, os meios e formas de tratamento disponíveis e seus riscos, para que diante dessas informações o paciente possa exercer a sua autonomia e tomar uma decisão livre sobre qual procedimento será submetido.

Abordagem do consentimento:

- DESCRIÇÃO, FINALIDADE E VANTAGENS DA REALIZAÇÃO DA ANÁLISE
- PROCEDIMENTO, RISCOS E LIMITAÇÕES
- POLÍTICA DE CANCELAMENTO DO TESTE
- POLÍTICA DE PRIVACIDADE E ARMAZENAMENTO DE DADOS E USO DAS AMOSTRAS EM PESQUISAS

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTUDOS GENÉTICOS MOLECULARES

1. Foi informado da indicação, objetivo, características, escopo e limitações do teste genético e recebi respostas adequadas para minhas perguntas.
2. Declaro que as informações pessoais e médicas que forneci são precisas.
3. Entendo que pode ser solicitada uma nova amostra se o diagnóstico for completo e exigir mais testes genéticos ou se a amostra obtida não for de qualidade ou quantidade adequada. Da mesma forma, entendi que pode ser necessário que uma amostra de sangue seja coletada de meus pais biológicos ou de outros membros da família para fins de conclusão do estudo ou para ajudar a interpretar melhor os testes realizados.
4. O laboratório presuppõe que, em testes destinados a identificar a origem das alterações genéticas em estudo, o médico confirmou que as amostras enviadas são dos pais biológicos do paciente.
Caso contrário, especifique os detalhes da situação: _____
5. Entendo e aceito que a equipe clínica possa entrar em contato comigo para solicitar mais dados clínicos.
6. Entendo que os resultados deste teste não substituem o diagnóstico médico realizado em uma prática médica, nem o aconselhamento genético oferecido pelo meu médico. Recomenda-se que os resultados sejam apresentados durante uma consulta. O laboratório não é responsável por como você ou seu médico usam os resultados obtidos, nem quaisquer efeitos prejudiciais que possam resultar do uso dessas informações.
7. Entendo que um resultado negativo não implica a ausência de um distúrbio genético, pois depende do escopo do estudo solicitado com base na suspeita de diagnóstico e nas limitações descritas neste documento, bem como no relatório de resultados.
8. Entendo que as informações obtidas podem afetar futuras gestações e outros parentes e, se for o caso, é melhor eu compartilhar essas informações pessoalmente.
9. Antes de fazer o teste genético, considere as implicações dos possíveis resultados. Existem quatro resultados possíveis:
 - a) Resultado positivo: Foi encontrada uma ou mais alterações que, acredita-se, causaram a suspeita de diagnóstico que foi o motivo do estudo. Essa descoberta deve confirmar ou fornecer mais informações sobre o diagnóstico.
 - b) Resultado inconclusivo: São encontradas uma ou mais alterações que não possuem um significado claro. Nesse caso, pode ser necessário solicitar testes adicionais ou estudar outros membros da família para tentar confirmar se os achados estão relacionados à suspeita de diagnóstico que foi o motivo do estudo.
 - c) Resultado negativo: Não foram encontradas alterações genéticas que pudessem explicar o diagnóstico suspeito de que foi o motivo do estudo. Um resultado negativo não implica a ausência de um distúrbio genético, pois depende do estudo solicitado para o diagnóstico suspeito e das limitações da técnica utilizada.
 - d) Resultado não informativo: Muito raramente, uma amostra contaminada, de baixa qualidade e / ou quantidade pode impedir a obtenção de resultados.



Como preencher?

Termo de consentimento do teste TESTES MOLECULARES

Formulário de requisição de Testes Genéticos Moleculares

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA
 *Clínica/Centro médico: _____ *Unidade: _____
 *Médico (Nome completo)/CRM: _____
 Pessoa para contato: _____ *E-mail para envio dos resultados: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE
 *Id do paciente (1): _____ (2): _____
 *Nome completo do paciente: _____
 *Data de nascimento: _____ *CPF: _____
 *Sexo: Masculino Feminino *PP: _____
 *Endereço: _____ *Filiação: _____
 *Cidade: _____ *Estado: _____ *CEP: _____
 *E-mail para contato: _____ *Telefone: _____

INDICAÇÃO DO TESTE
 Indicação: _____ Para testes pré-natais, informe a idade gestacional (semanas): _____

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA
 Tipo de amostra: Sangue periférico Líquido cefalorraquidiano Viscerasse corônica Outro: _____
 *Data da coleta da amostra: _____

***ANÁLISE SOLICITADA**

<input type="checkbox"/> Síndrome do X-Frágil (expansão de CGG)	<input type="checkbox"/> Teste pré-natal rápido (QF-PCR)
<input type="checkbox"/> Fibrose cística (teste de 50 mutações)	<input type="checkbox"/> Teste pré-natal para aneuploidias digitais (NIPT)
<input type="checkbox"/> Microdeleções do cromossomo Y	<input type="checkbox"/> Array pré natal
<input type="checkbox"/> Análise Profibrônio (PF) - mutação G233A	<input type="checkbox"/> Array pós natal
<input type="checkbox"/> Análise Fator V-Ledex - mutação G236A	<input type="checkbox"/> Panel NIPT (Spec) (se em consórcio)
<input type="checkbox"/> Análise HTNR - mutações C477T e A138G	<input type="checkbox"/> Outro teste(s): _____
<input type="checkbox"/> Hemocromatose (mutações C282Y e H63D, G64C)	
<input type="checkbox"/> Atrofia muscular espínhal (deleção do exon 7/8)	

Comentários:

Declaração do paciente
 Eu, o(a) paciente, autorizo a realização de testes genéticos e o uso dos resultados para os fins de pesquisa e diagnóstico.

Declaração do médico
 Eu, o(a) médico, autorizo a realização de testes genéticos e o uso dos resultados para os fins de pesquisa e diagnóstico.

Rubrica do paciente em todas as páginas do termo

marcar os cromossomos balanceados.
 v. No contagem diagnóstica, as tecnologias capazes de detectar poliploidias são o cariótipo, FISH, QF-PCR e outras plataformas tecnológicas que analisam polimorfismos de nucleotídeo único (SNPs-Single Nucleotide Polymorphism).
 vi. A presença de alterações genéticas que afetam a placenta e não o feto (mosaicismos placentários).
 vii. O teste de origem genética não corresponde aos pais analisados (doação de óvulos, doação de sêmen, não permitida).
 viii. Como acontece com qualquer teste genético, há uma pequena chance de que o resultado seja incorreto devido a circunstâncias excepcionais (erro durante a coleta de amostra ou rotulagem, durante o processamento ou interpretação dos resultados).
 O diagnóstico genético pré-natal também tem as seguintes limitações e riscos específicos:
 I. A presença de alterações genéticas que afetam a placenta e não o feto (mosaicismos placentários).
 II. Alterações genéticas que afetam um número limitado de células do feto (mosaicismos fetais).
 III. Feto cuja origem genética não corresponde aos pais analisados (doação de óvulos, doação de sêmen, não permitida).
 IV. Presença de material genético de origem materna na amostra analisada (contaminação materna). A contaminação da célula materna de uma amostra fetal será detectada pelo teste adicional por metodologia STR (repetição de sequências em Tandem). O sangue ou DNA da mãe deve ser enviado para completar o teste. No entanto, nos casos em que a amostra da mãe não está disponível, a contaminação da célula materna pode afetar o resultado.

O diagnóstico genético pré-natal é feito a partir da extração do DNA fetal de amostras obtidas por métodos de coleta invasiva (amniocentese, biópsia de vilosidades coriônicas ou cordão). Os riscos de procedimentos devem ser explicados pelos profissionais responsáveis por sua execução. O estudo proposto será realizado na amostra fetal, utilizando a tecnologia que o seu médico solicitar, por ser considerada a melhor estratégia diagnóstica atualmente disponível para o caso clínico em estudo e com base no diagnóstico suspeito. No entanto, novas evidências clínicas ou científicas podem surgir indicando a necessidade de mais testes.

ASSESSAMENTO GENÉTICO
 O médico que solicita este teste adquire o compromisso de fornecer aconselhamento genético adequado pré e pós-análise, visando fornecer informações sobre o teste solicitado, o objetivo, os resultados possíveis e suas implicações. Os profissionais do Laboratório Igenomix colocam-se à disposição do profissional e do paciente para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE, ARMAZENAMENTO DE DADOS E USO DAS AMOSTRAS EM PESQUISAS
 Sua privacidade é uma prioridade para a Igenomix. A identidade e todos os dados referentes a sua informação pessoal serão confidenciais e somente pessoas autorizadas terão acesso a essas informações, juntamente com as autoridades relevantes, quando exigido pela legislação aplicável. Sob essas leis, as informações pessoais não podem ser liberadas para o laboratório de testes, a menos que você as tenha permitido. Tais informações incluem: nome, data de nascimento, indicação clínica, grupo étnico, amostra, diagnóstico, bem como demais informações fornecidas como base neste documento.

Finalidade
 Informamos que seus dados pessoais serão processados somente para: (1) Cumprir as obrigações decorrentes da prestação dos serviços contratados por você, incluindo a coleta e processamento por seu médico e pela Igenomix de seus "Dados Pessoais (de saúde)" (significando em particular e conforme cada caso: informações pessoais, incluindo nome e endereço, relações familiares, idade, data de nascimento, sexo, etnia, nacionalidade, informações de plano de saúde, sintomas e outras informações médicas, doenças, estado de amostra com dados genéticos identificáveis, os resultados de análises genéticas e descobertas) na medida do que seja necessário para conduzir a análise genética contratada, incluindo quaisquer transferências necessárias dos dados pessoais (de saúde) entre o médico e a Igenomix; (2) Verificar e garantir a qualidade dos serviços prestados (autoridades internas, controles de qualidade, estudos de validação laboratorial); (3) Para fins educacionais, desde que tenha concordado previamente bem como os referidos dados sejam anonimizados e você não possa ser identificado durante a análise dos dados, que serão removidos de qualquer publicação; (4) Para informar a você, seu médico ou ao laboratório que atua em nome do seu médico (se Igenomix tiver sido contratado) sobre os resultados da análise genética; (5) Fornecer, mediante solicitação, a você, a seu médico ou, conforme o caso, ao laboratório solicitante que atua em nome do seu médico, os dados brutos da análise genética; (6) Responder pessoalmente quaisquer dúvidas ou sugestões feitas por você durante o processo e monitorar o desempenho e a resolução do teste, incluindo a retenção dos seus dados pelo tempo estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 303 de 13 de outubro de 2005, exceto quando a legislação aplicável determinar o contrário; e (7) Para entrar em contato com você no futuro para solicitar uma avaliação dos serviços recebidos, enviar comunicações comerciais (incluindo "cross-selling" e "up-selling") de empresas associadas em atividades de saúde e pesquisa científica, e também para convidar a participar de pesquisas de mercado, projetos de pesquisa específicos e desenvolvimento de novos produtos.

Relatório de achados incidentais
 O teste de diagnóstico de precisão genômica analisa vários genes diferentes ao mesmo tempo. Portanto, é possível que uma variante genética encontrada na análise pessoalmente não esteja relacionada com a causa da solicitação do teste. Essas achadas, conhecidas como Achados Incidentais, podem fornecer informações não relacionadas aos sintomas clínicos relatados, mas podem ter valor médico para o seu tratamento no futuro. A partir da assinatura deste documento você declara que entende o significado dos Achados Incidentais e autoriza a Igenomix a reavaliá-los no DNA de genes específicos.

Uso da informação para fins de pesquisa

Eu entendo que meus dados pessoais (incluindo nome, histórico clínico, idade, etnia) e amostra remanescente podem ajudar em futuras pesquisas, desenvolvimento e melhoria de métodos de diagnóstico e possivelmente soluções terapêuticas. Tais medidas podem, no futuro, também oferecer aconselhamento e orientação médica para mim e meus familiares. Por exemplo, diagnóstico e tratamento de uma doença genética potencial.
 Açoit que a Igenomix armazene, uma vez pseudonimizada, (1) Dados Pessoais tanto meus quanto de familiares que forneci - se eles expressamente consentiram - e os resultados da análise genética e (2) Minha amostra (incluindo o original e amostra processada) por um período de 30 anos e a utilização destes dados e as amostras remanescentes, para fins de estudos científicos de forma a contribuir para o diagnóstico e tratamento de doenças genéticas e para compreender as implicações da genética na saúde e bem-estar dos indivíduos, sua susceptibilidade a doenças e seu potencial resposta aos tratamentos.

Entendemos que a autorização para utilização dos seus dados pessoais para fins educacionais poderá ser revogada a qualquer tempo mediante comunicação enviada à Igenomix por e-mail ajudacliente@igenomix.com.br ou da forma que julgar conveniente. Tão logo recebido o pedido de revogação, a Igenomix providenciará o descarte dos seus dados na medida do possível.

Visite o site <https://www.igenomix.com.br/> para obter informações atualizadas sobre os projetos de pesquisa nos quais seus dados pseudonimizados podem ser usados.

Observo o disposto acima, vou autorizar que os resultados de seus exames sejam utilizados para pesquisas e publicações científicas, bem como para fins educacionais, desde que sua identidade e privacidade sejam preservadas? Sim Não

Período de retenção
 Os dados genéticos de caráter pessoal devem ser armazenados por um período mínimo de 5 (cinco) anos a partir da data em que foram obtidos. Após este período, você poderá solicitar a sua exclusão, exceto para aqueles que autorizaram o uso de seus dados pessoais para fins de pesquisa. Em caso de não haver solicitação expressa neste sentido, (1) os dados serão mantidos pelo período necessário para preservar a saúde da pessoa de quem os dados foram obtidos ou de terceiros a ele relacionados, observada a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 302 de 13 de outubro de 2005; ou (2) os dados poderão vir a ser anonimizados e usados pela Igenomix para propósito legítimo. As amostras e dados associados serão armazenados pela Igenomix de acordo com a política interna de armazenamento de amostras, a qual está de acordo com os requisitos exigidos pela legislação.

Direito à proteção de dados
 De acordo com a Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD"), é necessário o consentimento informado do paciente para a realização de testes de diagnóstico molecular, bem como para o processamento dos dados. A qualquer momento, você pode exercer seu direito de acesso, retificação, oposição, supressão, revisão de decisões automatizadas, limitação, portabilidade e/ou revogar seu consentimento através do e-mail ajudacliente@igenomix.com.br ou da forma que julgar conveniente, fornecendo a documentação que comprove a identidade do requerente.

O paciente autoriza desde já a portabilidade dos seus dados pessoais (teste incluindo seus dados genéticos e de saúde) na forma do §4º do art. 11 da LGPD entre a Igenomix e Laboratórios de Terceiros, estes certificados com padrões internacionais de qualidade reconhecidos ou, na falta destes, de laboratórios pré-selecionados e avaliados periodicamente pela Igenomix para fins de realização de parte ou da totalidade das análises clínicas solicitadas pelo presente Formulário de Requisição. Quaisquer resultados obtidos desta maneira serão inspecionados e a circunstância será indicada no relatório final emitido.

Se tiver qualquer (1) dúvida sobre esta Política ou sobre o processamento dos seus dados ou (2) se quiser fazer uma reclamação devido a uma possível violação desta Política, entre em contato conosco pelos canais de comunicação mencionados acima.

TENDO LIDO E ENTENDIDO O QUE FOI DETO ACIMA, DECLARO ESTAR CIENTE:

- Fui informado sobre a indicação, finalidade, características, escopo, procedimento, probabilidades de sucesso, riscos, complicações, limitações e custo econômico deste teste genético, e minhas perguntas foram respondidas com sucesso. As explicações foram facilitadas em linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu esclareceu todas as observações e dúvidas.
 - Faço o aconselhamento genético adequado de pessoal qualificado, como médico, corpo clínico ou conselheiro genético, que ofereceu informações sobre a transcendência da análise, incluindo as possíveis alternativas que posso optar de acordo com os resultados e estar de acordo com a minha atual situação para qualquer dúvida ou aconselhamento genético adicional que eu possa exigir, uma vez que os resultados do teste sejam conhecidos.
 - Entendo que a equipe médica está à minha disposição para expandir qualquer aspecto da informação que não seja suficientemente claro para mim.
 - As informações pessoais e médicas que forneci são verdadeiras e confiáveis. Entendo que a equipe clínica pode entrar em contato comigo para solicitar dados clínicos adicionais, incluindo informações adicionais para fins de pesquisa que eu tenho autorizado.
 - Entendo que é possível que me seja solicitada uma nova amostra se a complexidade diagnóstica exigir a realização de outros testes genéticos ou se a amostra obtida não for de ótima qualidade ou quantidade. Além disso, entendo que existe a possibilidade de que uma amostra de sangue de pais biológicos ou de outros familiares seja necessária com o objetivo de concluir o estudo ou avaliar na melhor interpretação dos exames realizados. A Igenomix parte do pressuposto de que, quando testes originais a identificar a origem das alterações genéticas de interesse, o médico confirmou que as amostras não referidas pelo consentimento aos pais biológicos.
- Caso contrário, especifique: _____



Como preencher?

Termo de consentimento do teste TESTES MOLECULARES

Consentimento do paciente

Ao assinar este termo, solicito voluntariamente a realização do teste indicado acima. Declaro ter lido e recebido cópia do consentimento informado incluído nas páginas anteriores. Declaro que fui suficientemente informado(a), acerca dos riscos, benefícios e limitações do teste.

Assinatura do paciente:

Data: / /

Nome completo do paciente:

Campo Obrigatório:

- Assinatura do paciente ou responsável
- Nome completo do paciente e responsável
- Data