

Eu, \_\_\_\_\_,  
através deste consentimento, concordo que seja realizado o teste genético:

Eu entendo que uma amostra de material biológico será coletada de mim e/ou de meus familiares, num procedimento de baixo risco. Esta amostra será utilizada com o propósito de tentar determinar se eu e/ou meus familiares somos portadores de alterações gênicas (mutações) ou cromossômicas associadas com a doença ou condição sob investigação. Permito também, caso seja necessária, a coleta de amostra de material biológico de meu(s) filho(s) menor(es), nomeado(s) ao final:

Eu entendo que:

1. Os métodos utilizados pela Genomika possuem alta sensibilidade para detecção de mutações. Contudo, o teste pode ser incapaz de identificar anormalidades em regiões gênicas não incluídas no presente teste, ou causadas por grandes deleções, duplicações e inversões, muito raramente causadoras de doença.
2. Um erro no diagnóstico pode ocorrer se o verdadeiro vínculo biológico dos membros da família envolvidos neste estudo não for declarado antes da realização do exame. Este exame pode detectar, ainda, uma não-paternidade (pai biológico diferente do informado), e pode ser necessário relatar isto para o indivíduo que solicitou o teste.
3. Eu entendo que a análise realizada na Genomika para o exame requerido é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo, ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.
4. Por causa da complexidade do exame e das implicações importantes dos resultados, o laudo será relatado para mim somente por um médico que eu designei. Os resultados são confidenciais; eles serão liberados para outros médicos ou outras partes somente com meu consentimento escrito. Todos os dados do laboratório são confidenciais. O laudo será enviado diretamente para o médico que eu indicar no momento da coleta.
5. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.
6. Para os testes de EXOMA COMPLETO, apenas informações pertinentes ao quadro clínico atual serão relatadas ao paciente. Alterações em outros genes serão documentadas e mantidas nos arquivos do paciente.

#### Informações dos Filhos (opcional)

Nome Completo	Sexo <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome Completo	Sexo <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome Completo	Sexo <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento:

x \_\_\_\_\_

(OPCIONAL) Eu expresso meu desejo de participar anonimamente de estudos de pesquisa, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA, o qual poderá ser estocado, assinando abaixo:

x \_\_\_\_\_