

Nome do(a) Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ CPF: _____

Nome do(a) Responsável (se necessário): _____

Grau de Parentesco (entre Responsável e Paciente): _____

CPF do(a) Responsável: _____

Teste Genético: _____

Eu estou ciente que uma amostra de material biológico será coletada de mim ou de meu familiar, num procedimento de baixo risco por um profissional habilitado. Esta amostra será utilizada com o propósito de tentar determinar se eu ou meu familiar sou/é portador(a) de alterações gênicas ou cromossômicas associadas com a doença ou condição sob investigação.

Eu estou ciente que:

1. Os métodos utilizados pela Genomika são os recomendados para o diagnóstico da doença ou para o auxílio na conduta clínica da condição investigada por seu médico. Contudo, o teste pode ser incapaz de identificar anormalidades em regiões gênicas ou cromossômicas não incluídas no presente teste, ou devido à limitação técnica da metodologia solicitada.

2. 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.

3. O laudo é liberado de acordo com o conhecimento científico atual. A interpretação dos dados e resultados podem mudar no futuro, com o avanço do conhecimento médico ou melhoria das ferramentas de análise de dados.

4. Os resultados são confidenciais e o laudo será disponibilizado para mim e para o médico solicitante. A divulgação será realizada para outros médicos com meu consentimento escrito.

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

x _____
Paciente ou Responsável

Data: ____ / ____ / ____

(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 _____
Paciente ou Responsável