



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: _____

- 1.** Estou ciente que uma amostra de material biológico será coletada em um procedimento de baixo risco. A amostra coletada ou entregue na Genomika será utilizada para realização do teste na requisição médica apresentada durante o cadastro do exame.
- 2.** Os métodos utilizados pela Genomika possuem alta sensibilidade para detecção de mutações. Contudo, o exame não é capaz de detectar variantes em regiões gênicas não incluídas no teste. Além disso, o exame não detecta grandes deleções ou duplicações e alterações estruturais, como translocações e inversões. Mutações podem não ser detectadas, visto que o teste, assim como qualquer outro exame genético, possui limitações.
- 3.** O vínculo biológico verdadeiro dos membros da família envolvidos neste estudo deve ser declarado antes da realização do exame, a fim de garantir a precisão dos resultados. Amostras dos pais biológicos são solicitadas para facilitar a interpretação dos dados.
- 4.** É possível que informações relacionadas aos laços parentais sejam reveladas pelo exame, como por exemplo, o pai biológico do paciente, pode ser diferente do reportado na família.
- 5.** Estou ciente 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.
- 6.** 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.
- 7.** Apenas os achados em genes que tenham correlação conhecida com o quadro clínico do paciente serão relatados no laudo, além de variantes em genes recomendados clinicamente pelo American College of Medical Genetics and Genomics.



8. 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.

9. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.

10. Caso haja desistência da realização do exame, o paciente pode entrar em contato com o laboratório e solicitar o cancelamento. Neste caso, poderá ser cobrada uma taxa de acordo com a etapa do processamento em que a amostra se encontre.

Para realização de coleta de sangue dos pais para controle, preencher os campos abaixo:

Nome do Pai: _____

Pai Biológico? Sim Não

Nome da Mãe: _____

Mãe Biológica? Sim Não

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