

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Informações do Paciente (Obrigatório)

Nome completo		
Nome Social (opcional)		
RG	CPF	Data de Nascimento
Endereço		Nº
Complemento	Fone ( )	Cel ( )
Cidade	UF	CEP
E-mail		
Sexo Biológico: ( ) feminino ( ) masculino ( ) não informado		
Identidade de Gênero (opcional) _____		

### Informações do Responsável

Nome completo		
Pai <input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/>	RG	CPF

### Informações da Amostra

		Data da Coleta ____/____/____
Sangue <input type="radio"/> Saliva <input type="radio"/> Bloco de Parafina <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/>	_____	

### Médico Solicitante

Nome completo	
E-mail para envio do laudo	
Telefone	CRM

Av. Deputado Dante Delmanto, 1.649 - Botucatu/SP

Eu, \_\_\_\_\_, através deste consentimento, concordo que seja realizado o teste genético de (nome do exame) \_\_\_\_\_.

Eu compreendo que amostra(s) de material(is) biológico(s) serão coletada(s) num procedimento de baixo risco. Foi-me explicado e tenho consciência de que o teste que faço é, respeitando o consentimento atual, o mais indicado para tentar determinar se eu e/ou meus familiares somos portadores de alterações gênicas (mutações) ou cromossômicas associadas com a doença ou condição sob investigação.

Entendo que, devido às limitações da tecnologia e conhecimento incompleto da ação do(s) gene(s), algumas alterações do(s) mesmo(s) podem não ser detectadas; e que há a possibilidade de eu ser portador de uma alteração genética, mesmo que o resultado do teste seja negativo (normal). Foi-me explicado que achados no teste podem ter um significado ainda desconhecido ou mesmo sugestivo de doença diferente, da originalmente considerada.

Os testes genéticos oferecidos pela Genotyping Diagnósticos Genéticos são considerados os mais avançados no momento, no que diz respeito à tecnologia molecular. No entanto, tais processos complexos, reagentes e equipamentos de última geração não são isentos da chance de ocorrência de erros e/ou falhas na obtenção de resultados.

Por causa da complexidade do exame e das implicações importantes dos resultados, o laboratório enviará o laudo diretamente para o médico que eu indicar no momento da coleta.

Estou ciente da recomendação de que o resultado deve ser relatado para mim somente pelo médico solicitante ou pelo aconselhador genético que eu designei, além de ser avaliado dentro do contexto de meu histórico familiar e pessoal de saúde. Todos os dados do laboratório são confidenciais e serão liberados para outros médicos ou outras partes somente com meu consentimento por escrito.

Eu entendo que a(s) amostra(s) de material(is) biológico(s) coletada(s) serão armazenados no período de 5 (cinco) anos obedecendo as normas vigentes na RDC 302 da ANVISA.

Atesto que participei voluntariamente deste teste e entendo que a análise realizada pela Genotyping Diagnósticos Genéticos para a doença sob suspeita de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo, ou a saúde de meus parentes e de meus filhos, nascidos ou não.

Eu expresso meu desejo de participar anonimamente de estudos de pesquisa, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA.

Sim  Não

Declaro que tive todos os meus questionamentos esclarecidos em momento oportuno, antes de assinar este termo de consentimento. Eu entendo que este termo de consentimento é exigido com o intuito de proteger meu direito de ter todas as minhas dúvidas esclarecidas antes da realização do teste, assinando abaixo:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável.



**Av. Deputado Dante Delmanto, 1.649 - Botucatu/SP**

WWW.  
**genotyping**  
.com.br

Fone: (14) 3813-5094 Canal do Médico: ☎ (11) 9 6347-1150