



## TERMO DE CONSETIMENTOS PARA EXAMES GENÉTICOS

Termo preenchido por:

Paciente     Responsável

Eu, \_\_\_\_\_, através deste consentimento, concordo que seja feita uma análise laboratorial que visa analisar o material genético. Foi me explicado e tenho consciência de que o teste que faço é específico para \_\_\_\_\_.

Amostra(s) de material(is) biológico(s) será(ão) coletada(s) de você e/ou de seus familiares, num procedimento de baixo risco. Esta(s) amostra(s) será(ão) utilizada(s) com o propósito de tentar determinar se você, e/ou seus familiares, são portadores de alterações cromossômicas ou alterações genéticas (mutações) causadoras desta doença ou se há um aumento do risco de serem afetados ou terem filhos com esta alteração genética.

Devido às limitações da tecnologia e conhecimento incompleto da ação do gene, algumas alterações do mesmo podem não ser detectadas; e há a possibilidade de que você seja portador de uma alteração genética, mesmo que o resultado do teste seja negativo. Os achados no teste podem ter um significado ainda desconhecido ou mesmo sugestivo de doença diferente, da originalmente considerada.

Os testes genéticos oferecidos pelo laboratório são considerados os mais avançados no momento em relação à tecnologia genética molecular. Eles constituem processos complexos, utilizam reagentes e equipamentos de última geração, mas não são isentos de chance de ocorrência de erros.

Devido à complexidade dos testes genéticos e as importantes implicações dos seus resultados, os relatórios finais serão entregues para você, para seu médico, aconselhador genético ou pessoa designada por você (pelo paciente).

A(s) amostra(s) de material(is) biológico(s) coletada(s) não será(ão) usada(s) para pesquisa ou colocada(s) em banco de tecidos, e só será usada(a) para tal fim com o seu consentimento por escrito. Caso não opte em liberar a(s) amostra(s) de DNA para estudo de pesquisa, ela(s) será(ão) destruída(s) imediatamente após processamento do teste.

Atesto que o participante é voluntário deste teste e que o paciente ou responsável entende que a análise genética processada pelo laboratório não garante a saúde do participante e dos familiares.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

### ESTUDOS DE PESQUISA

Paciente/Responsável: ciente e de acordo da participação anônima de estudos de pesquisa pelo qual libero o uso da amostra de DNA, assinando abaixo

Paciente/Responsável: Não desejo participar de estudos de pesquisa.

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_