



## QUESTIONÁRIO PARA O EXAME MUTAÇÃO DO GENE RET (GERET)

ETIQUETA COM CÓDIGO  
DE BARRAS CENTRO/  
CLIENTE

ETIQUETA COM CÓDIGO  
DE BARRAS SYNLAB

INFORMAÇÃO DO PACIENTE		INFORMAÇÃO DO MÉDICO / CENTRO SOLICITANTE	
Nome e sobrenome: *		Centro/Hospital: *	
Gênero: * <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher DNI:		Médico solicitante: *	CRM: *
Data de nascimento: * / / Telefone: *		E-mail: *	Telefone: *
Endereço:		Endereço: *	
E-mail:			
INFORMAÇÃO DA AMOSTRA			
Nº de amostra: *		Data de extração: * / /	Volume enviado: *
Tipo de amostra: * <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Medula		<input type="checkbox"/> Sêmen	
<input type="checkbox"/> Tecido fresco, origem: * _____ <input type="checkbox"/> Tecido em parafina, origem: *		<input type="checkbox"/> Outros: *	
Amostra pré-natal: * <input type="checkbox"/> Vilosidades coriônicas <input type="checkbox"/> Líquido amniótico <input type="checkbox"/> Produto de abortamento		Idade gestacional: *	
INFORMAÇÃO DO ESTUDO GENÉTICO			
Tipo de análise: * <input type="checkbox"/> Estudo diagnóstico <input type="checkbox"/> Estudo familiar (É essencial anexar um relatório clínico associado)			
Informar achados secundários ou fortuitos: * <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
No caso de solicitação do exame <b>EXOMA CLÍNICO</b> , é possível detectar <b>achados secundários ou fortuitos</b> , definidos como alterações detectadas ao acaso, não relacionadas ao motivo apontado pelo estudo, mas que podem ter implicações relevantes para o paciente e/ou seus familiares.			
Descrição do estudo solicitado e/ou código: *			
INFORMAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE			
Ascendência de origem (marque todas que se aplicam): *			
<input type="checkbox"/> Europa Ocidental / do Norte <input type="checkbox"/> Europa Central / Oriental		<input type="checkbox"/> Sul da Europa <input type="checkbox"/> África <input type="checkbox"/> Ásia	
<input type="checkbox"/> América Latina / Caribe <input type="checkbox"/> Oriente Médio/ Oriente Próximo		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Descritivo breve do quadro clínico: * (se aplicável anexar história clínica)		Árvore genealógica: (Complete a árvore genealógica, se precisar de mais espaço, faça-o em um documento adicional)	
Antecedentes familiares relevantes: *			
<b>Nota:</b> para uma correta interpretação dos achados genéticos, recomenda-se anexar o relatório clínico do paciente.			
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE			
Ao assinar este formulário, certifico que, antes da realização do Estudo Genético, informei o paciente sobre os riscos e as implicações envolvidas na realização deste teste. Certifico que todas as dúvidas foram sanadas para o paciente e que recebi seu consentimento explícito por escrito para o teste.			
Assinatura do médico: *		Data: * / / (dia/mês/ano)	

### CONSENTIMENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO

**Como Anexo e Complemento ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre Proteção de Dados, solicitamos especificamente o seu consentimento para:**

- 1.- Realizar testes laboratoriais genéticos em amostras biológicas (sangue / tecidos / outros fluidos biológicos), cuja finalidade é diagnosticar se é afetada ou é portadora de, por exemplo, uma doença metabólica hereditária.
- 2.- Estes testes serão realizados no laboratório de genética da **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS**.
- 3.- Apenas os profissionais de saúde devidamente autorizado pela **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS** poderão ter acesso aos dados pessoais e aos resultados dos testes genéticos.
- 4.- O médico solicitante desses testes adquire o compromisso de fornecer informações sobre o objetivo das análises que serão realizadas.
- 5.- Ao realizar o estudo genético solicitado, podem ser detectados achados secundários ou fortuitos (achados incidentais e / ou variantes de suscetibilidade), definidos como alterações detectadas pelo acaso, não relacionadas ao motivo indicado pelo estudo, mas que podem ter implicações relevantes para o paciente e/ou seus parentes. O paciente deve expressar sua vontade de ser informado ou não dessas descobertas secundárias ou fortuitas neste documento.
- 6.- As informações obtidas também podem ser relevantes para os membros de sua família e, nesse caso, explicaremos o motivo da conveniência de conhecê-las. É sua decisão pessoal informá-los - algo que recomendamos para que, se desejarem, eles possam ser direcionados a uma consulta genética especializada, onde serão informados sobre seus riscos pessoais e suas opções de saúde no futuro
- 7.- Uma vez concluídas as análises, os dados obtidos e as amostras excedentes (se existirem) serão conservadas no laboratório de genética da **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS** durante pelo menos 5 anos e 6 meses, devido ao interesse que possam ter para satisfazer as necessidades futuras de assistência a você e de seus familiares.
- 8.- Os dados obtidos serão interpretados de acordo com os critérios e fontes de informação disponíveis no momento do estudo. Essa interpretação pode variar no futuro, dependendo do estado do conhecimento e dos avanços científicos que ocorrem.
- 9.- De acordo com as boas práticas e padrões de qualidade dos laboratórios clínicos, a SYNLAB usa o excedente da amostra, bem como a informação médica e genética do paciente, anonimamente, para fins de pesquisa ou controle de qualidade (a menos que não seja permitido pela legislação aplicável). Tais usos podem resultar no desenvolvimento de produtos e serviços comerciais. O paciente não receberá notificação de usos específicos ou compensação por eles. Todos os usos possíveis estarão de acordo com a lei aplicável. O paciente deve expressar sua vontade em relação à entrega do excedente de sua amostra e das informações derivadas do estudo deste documento.
- 10.- Para a maioria dos testes genéticos, o acesso aos resultados via internet não estará disponível. Devido à complexidade dos testes genéticos e às implicações importantes dos resultados destes, os resultados serão relatados apenas através de um profissional qualificado ou outro prestador de cuidados de saúde capacitado. Os resultados são confidenciais permitida por lei.



## QUESTIONÁRIO PARA O EXAME MUTAÇÃO DO GENE RET (GERET)

Se você entendeu as informações que lhe foram fornecidas, resolveu quaisquer dúvidas que possa ter e deu seu consentimento para a realização de testes genéticos nos termos explicados acima, por favor, assine este consentimento informado na afirmativa abaixo:

Eu \_\_\_\_\_ (paciente ou representante legal) [nome completo]

declaro que, fui informado de que \_\_\_\_\_  
(nome da pessoa de quem a amostra pertence) pode ser afetado ou ser portador de alteração genética. Dou o meu consentimento para a realização dos referidos testes genéticos no departamento de genética da **SYNLAB GLOBAL DIAGNOSTICS** e, se necessário, noutros laboratórios por ela designados, com as devidas garantias, para auxiliar no processo de diagnóstico.

**No caso particular de detectar achados secundários que não são objetivo deste estudo, mas que podem ser de interesse para mim e/ou parentes no presente ou no futuro, declaro o seguinte:**

- Não desejo ser informado/a
- Desejo ser informado/a

**No que diz respeito à entrega do excedente da minha amostra e as informações derivadas do estudo, declaro as seguintes:**

- Não permito que sejam utilizadas
- Permito que sejam utilizadas

**Data:** Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente ou representante legal

\_\_\_\_\_  
Profissional autorizado que  
solicita o consentimento

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_