



### TERMO DE CONSENTIMENTO

**Este termo deve ser completamente preenchido para evitar atrasos na liberação do exame.**

Eu entendo que uma amostra de meu sangue será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu compreendo que as amostras para diagnóstico serão utilizadas com o propósito de determinar se eu sou portador de uma alteração genética, ou apresento risco aumentado para esta condição genética. Eu compreendo que: (1) A análise de DNA realizada é específica para a condição especificada. (2) Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a utilidade do teste. Os testes não são considerados pesquisa, mas são considerados como o melhor e o mais novo serviço disponível. Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente ou que uma falha possa ocorrer. A taxa de erros é muito baixa, algo em torno de 1 em 1.000 amostras. Minha assinatura abaixo reconhece minha participação voluntária neste teste, mas de nenhuma forma libera o laboratório e seus funcionários de sua responsabilidade ética em relação a mim. (3) Em alguns casos, pode ser necessário que o laboratório realize nova análise nas amostras de DNA utilizando métodos novos e aperfeiçoados. No entanto, eu entendo que o laboratório não é um serviço de estocagem de DNA e minha amostra de DNA pode não estar disponível para estudos clínicos futuros. (4) Esta amostra será utilizada somente para o teste solicitado. Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser tornadas anônimas (remoção de todos os identificadores) e usadas como amostras-controle ou em pesquisa. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: Residencial ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável legal: \_\_\_\_\_

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

Nome do exame solicitado: \_\_\_\_\_

Nome do médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: Residencial ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Teste para: ( ) Suspeita Diagnóstica ( ) Detecção de portador \_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO

Qual a ancestralidade do paciente? \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Descreva os principais sintomas clínicos:

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas? \_\_\_\_\_

( ) Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc.).

\_\_\_\_\_ ( ) Não

Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?

( ) Sim - Se sim, é necessário especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo.

\_\_\_\_\_

( ) Não



### HISTÓRICO DE CÂNCER DO PACIENTE

( ) Nenhum

( ) Câncer de mama invasivo ( ) bilateral

idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de mama in situ ( ) bilateral

idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de ovário

idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de intestino

idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

**( ) Adenomas intestinais**

**idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_**

Nº de adenomas: \_\_\_\_\_

( ) Câncer de endométrio: \_\_\_\_\_

idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

( ) Outro tipo de câncer: \_\_\_\_\_

idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

( ) Nenhum

Abaixo indicar os casos de câncer na família, se houver, com as informações solicitadas:

| Grau de parentesco | Materno | Paterno | Localização do câncer | Idade de diagnóstico |
|--------------------|---------|---------|-----------------------|----------------------|
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |
| _____              | ( )     | ( )     | _____                 | ( )                  |