

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de sangue ou saliva será obtida e que o procedimento de coleta possui um risco mínimo associado como dor, hematoma ou outro desconforto no local da coleta; compreendo que a amostra para diagnóstico será utilizada com o propósito de determinar a presença de alguma alteração genética. Estou ciente que: (1) A análise de DNA realizada é direcionada para a condição investigada e considera o desenvolvimento científico atual; (2) A interpretação do resultado deste teste pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novas informações e tecnologias pela ciência; (3) O laboratório Fleury não possui serviço de armazenamento de DNA e, portanto, caso o paciente queira realizar quaisquer outros testes genéticos, será necessária nova coleta; (4) Este teste é complexo e utiliza materiais especializados, existindo uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente; (5) Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser anonimizadas (remoção de todos os identificadores) e utilizadas como amostras-controle ou para pesquisa, submetida e aprovada pelo comitê de ética do Grupo Fleury. No caso de uso para pesquisa, os resultados não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os mesmos não serão comunicados; (6) Achados incidentais não relacionados ao motivo de solicitação deste teste podem ser encontrados e serão reportados caso tenham significado médico claro para a saúde do indivíduo ou família; (7) Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais.

Nome do paciente:

Telefone para contato: Residencial (____) _____ **Celular** (____) _____

Assinatura do paciente ou responsável legal:

Data: ____ / ____ / _____



**QUESTIONÁRIO PARA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA
(PGENFO)**

Nome do exame solicitado: _____

Nome do médico solicitante: _____ CRM: _____

Telefone para contato: _____ E-mail: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Teste para: () Suspeita diagnóstica () Detecção de portador

Qual a ancestralidade do paciente?: _____

Descreva os principais sintomas clínicos:

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

() Não

() Sim. Indique o grau de parentesco [irmã(o), pai, mãe, tia(o), etc]: _____

Quais sintomas em comum?

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

() Não

() Sim. Anexar cópia do laudo ou especificar o achado encontrado.
