

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

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) Devido à complexidade dos testes de DNA e às importantes implicações dos resultados destes testes, os resultados serão divulgados somente para mim, através de meu médico ou do geneticista que solicitou o teste. Os resultados são confidenciais; eles somente serão liberados para outros profissionais médicos ou para terceiros mediante meu consentimento escrito. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. (5) 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. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

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

**Telefones para contato:** Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

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



**QUESTIONÁRIO PARA GENES BRCA1 E BRCA2,  
ESTUDO MOLECULAR (BRCA12)**

**Declaração do médico ou geneticista:** Eu expliquei o teste de DNA para esta pessoa. Eu mencionei as limitações descritas acima, e respondi às perguntas que me foram feitas.

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

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

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

**Assinatura e carimbo do médico solicitante:** \_\_\_\_\_

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

**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?**

( ) 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

**FAVOR PREENCHER O QUESTIONÁRIO ABAIXO APENAS PARA OS TESTES GENÉTICOS DE  
CÂNCER**

**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    Nº de adenomas: \_\_\_\_\_    Idade de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- ( ) 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	Localização do câncer	Idade de diagnóstico
_____ ( ) Materno _____ ( ) Paterno	_____	_____
_____ ( ) Materno _____ ( ) Paterno	_____	_____
_____ ( ) Materno _____ ( ) Paterno	_____	_____
_____ ( ) Materno _____ ( ) Paterno	_____	_____