

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DADOS DE COLETA / LABORATÓRIO**

Data da coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo de amostra: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Estudo solicitado: \_\_\_\_\_

 ARRAY PRÉ-NATAL ARRAY PÓS-NATAL60K ARRAY PÓS-NATAL180K**DADOS CLÍNICOS**

Suspeita clínica / Dados clínicos relevantes: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Exames anteriores? (cariótipo convencional): \_\_\_\_\_

---

Histórico familiar de síndrome: \_\_\_\_\_

---

---

- Motivo do estudo:
- ANORMALIDADES DO ULTRASSOM
  - ENCEFALOPATIA
  - ABORTO
  - ANOMALIAS CONGÊNITAS MULTIPLAS
  - ATRASO MENTAL
  - ANOMALIAS CARDÍACAS
  - ESPECTRO AUTISTA
  - TRAÇOS DISMÓRFICOS
  - CARÓTIPO ANORMAL
  - MICROCEFALIA
  - ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR
  - ATRASO GLOBAL NO DESENVOLVIMENTO
  - ESPECTRO AUTISTA

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu \_\_\_\_\_ solicito voluntariamente ao laboratório DIAGNÓSTICOS DO BRASIL, a realização da técnica de array CGH (aCGH), a partir do DNA obtido de uma amostra biológica procedente de \_\_\_\_\_.

**FUI INFORMADO** que:

1. Para realização dos exames de aCGH é necessária a obtenção de amostras que podem conferir certo risco para a saúde. A obtenção de mais amostras pode ser necessária, caso o laboratório identifique uma alteração ou se amostra sofrer qualquer dano durante o envio ou processamento.
2. Os exames de aCGH utilizam produtos de investigação (chips de DNA) para a identificação de ganho e/ou perda de material genético. Os exames de aCGH podem requerer o uso de outros exames genéticos de referência para a obtenção de resultados precisos. Entretanto, pode ser que o material parental e de outros familiares seja solicitado para uma melhor interpretação dos resultados obtidos.
3. Os resultados obtidos neste estudo podem ser relevantes para outros membros da mesma família. Os exames genéticos em outros membros da família podem revelar que as relações biológicas verdadeiras não são consistentes com as reportadas.
4. Os ensaios de CGH apresentam limitações próprias deste tipo de estudo: não podem detectar alterações cromossômicas onde a quantidade de DNA não seja alterada (rearranjos equilibrados: translocações recíprocas, translocações Robertsonianas, inversões e inserções balanceadas), que afetem as regiões que não serão investigadas pelo ensaio, ou que tenham tamanho inferior ao da resolução teórica do ensaio. O ensaio não é capaz de detectar mutações pontuais, alterações de metilação, dissomias uniparentais e nem anomalias em mosaico com uma porcentagem inferior a 40%.
5. A interpretação dos exames genéticos pode ser complicada e os resultados podem ter implicações sérias que demandem assessoramento genético adequado. Então, os resultados deste teste só poderão ser reportados a um especialista. Os resultados são confidenciais e somente serão repassados a outro profissional ou as pessoas autorizadas perante o meu consentimento escrito.
6. É de responsabilidade do cliente, conhecer as utilidades e limitações específicas da prova que está sendo solicitada, assim como comunicar o paciente estas limitações. Os resultados dos exames e as informações dos pacientes serão armazenados de maneira confidencial e de nenhuma maneira serão concedidas a terceiros sem o meu consentimento escrito.
7. Em cumprimento das leis vigentes, conservamos todas as amostras biológicas (ou seus derivados) recebidas para futuras validações e/ou investigações, mantendo o completo anonimato sobre a origem de cada amostra. Você recusa qualquer direito sobre os produtos de investigação que poderão ser realizados a partir da utilização de suas amostras.

**PACIENTE**

Afirmo que estou ciente dos riscos, benefícios e limitações dos estudos genéticos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente:

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai, da mãe ou do representante legal.

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

**MÉDICO/ GENETICISTA**

Afirmo que comuniquei os riscos, benefícios e limitações dos estudos genéticos ao paciente, seu pai, mãe ou representante legal, revisando este formulário em sua presença. Aceito a responsabilidade do conselho genético anterior e posterior à realização do exame.

\_\_\_\_\_  
Local:

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