

CONSENTIMENTO INFORMADO

Documento de autorização para a análise e armazenamento de sangue

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

EGFRL, EGFRML, EGFRCL, PIK3CA, PIK3CD, BRAFLM, BRAFL, ALKD, ALKMB, KRASL, METLD - Biópsia Líquida

Prezado paciente,

Gostaríamos de solicitar sua autorização para analisar e armazenar as amostras de seu sangue para a realização de exames moleculares. Temos como objetivo saber se existem determinadas alterações que influenciam na resposta ao tratamento e na evolução de sua enfermidade.

Se houver a autorização para o uso de seu sangue, serão extraídos 2 tubos de sangue, o qual não o/a coloca em risco.

O resultado das determinações, mencionadas anteriormente será comparado com sua informação médica para que os detalhes da biologia molecular de seu tumor e/ou sejam melhor compreendidos e para avaliar a eficácia que o tratamento possa ter.

A decisão de autorização para a realização deste exame em sua amostra é voluntária. Você poderá exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e oposição, comunicando por escrito ao laboratório onde foi obtida a amostra.

Caso sua informação clínica/genética seja de interesse científico, a mesma poderá ser divulgada, mantendo sempre em caráter anônimo seus dados pessoais. Para isso, a informação será identificada através do código previsto no teste genético adequadamente assinado.

Eu, _____, portador do CPF _____ e data de nascimento _____ autorizo, livre e voluntariamente, que seja estudada a presença de alguns biomarcadores em minhas amostras de tecido tumoral e nas amostras sanguíneas.

Assinatura do paciente

Data

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

EGFRL, EGFLM, EGFLC, PIK3CA, PIK3CD, BRAFLM, BRAFL, ALKD, ALKMB, KRASL, METLD - Biópsia Líquida

Informação do paciente

Nome completo: _____

Contato

Telefone: _____

E-mail: _____

Sexo: Homem Mulher RG: _____ Data de Nasc.: _____

Informação do tumor (opcional)

Localização do tumor: _____

Histologia: _____ Estadiamento: _____

Outras informações diagnósticas: _____

Informação do médico solicitante

Nome completo: _____ CRM: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Nome do Hospital ou clínica: _____

Assinatura/carimbo: _____

Biópsia Líquida:

Obrigatório assinalar o(s) exame(s) a ser (serem) realizado(s)

EGFRL: Exons 19 e 21 + Mutação T790M

EGFLM: Exons 19 e 21 + MUTAÇÃO T790M - Monitoramento

EGFLC: Mutação C797S - Diagnóstico

PIK3CA: Exons 10 e 21 - Monitoramento

PIK3CD: Exons 10 e 21 - Diagnóstico

BRAFLM: Mutações V600E, V600K - Monitoramento

BRAFL: Mutações V600E, V600K - Diagnóstico

ALKD: EML4-ALK/ Translocação - Diagnóstico

ALKMB: EML4-ALK/ Translocação - Monitoramento

KRASL: Exons 19, 20 e 21 - Screening

METLD: Splicing 7/8, 14 - Diagnóstico