



TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Informações Gerais (obrigatório)

Nome Completo	
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Médico Solicitante
Ancestralidade	
<input type="checkbox"/> Européia Oriental/Norte Europeu <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Ashkenazi <input type="checkbox"/> Outra: _____	
<input type="checkbox"/> Europa Central/Leste Europeu <input type="checkbox"/> América Latina/Caribe <input type="checkbox"/> Indígena. Especificar: _____	

História Pessoal de Câncer

<input type="checkbox"/> Sem história pessoal de câncer	
<input type="checkbox"/> Mama, invasivo. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Pré-menopausal <input type="checkbox"/> Triplo-negativo	<input type="checkbox"/> Mama, in situ. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Pré-menopausal <input type="checkbox"/> Triplo-negativo
<input type="checkbox"/> Leucemia. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Ovário. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Intestino. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Próstata. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ / Idade ao diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/> Pulmão. Idade ao diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Pequenas-células <input type="checkbox"/> Tabagista

História Familiar de Câncer

<input type="checkbox"/> Sem história familiar de câncer				
Parentesco	Materno	Paterno	Local do câncer	Idade ao diagnóstico
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento juntamente com o paciente e/ou responsável.

x \_\_\_\_\_  
Médico solicitante com carimbo contendo o CRM

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

## Formulário e Consentimento para o exame TP53

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Eu, \_\_\_\_\_,  
através deste consentimento, concordo que seja realizado o teste genético:  
\_\_\_\_\_.

Eu entendo que uma amostra de material biológico será coletada de mim e/ou de meus familiares, num procedimento de baixo risco. Esta amostra será utilizada com o propósito de tentar determinar se eu e/ou meus familiares somos portadores de alterações gênicas (mutações) ou cromossômicas associadas com a doença ou condição sob investigação. Permito também, caso seja necessária, a coleta de amostra de material biológico de meu(s) filho(s) menor(es), nomeado(s) ao final:

Eu entendo que:

1. Os métodos utilizados possuem alta sensibilidade para detecção de mutações. Contudo, o teste pode ser incapaz de identificar anormalidades em regiões gênicas não incluídas no presente teste, ou causadas por grandes deleções, duplicações e inversões, muito raramente causadoras de doença.

2. Eu entendo que a análise realizada para o exame requerido é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo, ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.

3. Por causa da complexidade do exame e das implicações importantes dos resultados, o laudo será relatado para mim somente por um médico que eu designei. Os resultados são confidenciais; eles serão liberados para outros médicos ou outras partes somente com meu consentimento escrito. Todos os dados do laboratório são confidenciais.

4. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame. .

### Informações dos Filhos (opcional)

Nome Completo	Sexo <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome Completo	Sexo <input type="radio"/> masc.ulino <input type="radio"/> feminino	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome Completo	Sexo <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento:

x \_\_\_\_\_

(OPCIONAL) Eu expresso meu desejo de participar anonimamente de estudos de pesquisa, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA, o qual poderá ser estocado, assinando abaixo:

x \_\_\_\_\_