

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Em cumprimento da normativa vigente, o solicitante dá o seu consentimento informado ao laboratório para a realização do estudo genético indicado e declara entender e aceitar as seguintes condições:

1. Autorizo que a amostra biológica seja utilizada para a obtenção do material genético que será destinado ao estudo indicado. A natureza do estudo genético realizado consiste em uma análise de material genético com o objetivo de detectar alterações que constituam a base genética de uma patologia hereditária e/ou características relacionadas ao genótipo/fenótipo.

2. Declaro compreender a utilidade e as limitações da realização de estudos genéticos para tentar esclarecer meu risco e/ou dos meus familiares (no caso de patologias hereditárias) de desenvolver a enfermidade da qual se realiza o estudo genético. Assim, percebo que somente será possível conhecer este risco no caso de ser identificada uma alteração genética relevante. Do mesmo modo, em caso de patologias hereditárias compreendo que se não for identificada nenhuma alteração, não será de interesse a realização destes estudos nos demais familiares, porém, não poderá ser excluída a possibilidade da mesma. Com relação a isto, se for identificada uma alteração genética relevante, será de interesse um estudo genético de risco familiar (pais, filhos e possivelmente irmãos e outros). Neste caso, se os familiares testados não apresentaram a mesma alteração detectada no paciente, isto significará que o risco de desenvolvimento da enfermidade não é aumentado, ou seja, é igual ao da população em geral.

3. Entendo que tenho o direito de ser informado dos dados genéticos que possam ser obtidos do estudo.

4. Compreendo que nenhum dos resultados destes estudos será comunicado a outras pessoas (inclusive familiares) sem que, para tal, tenha sido dado meu consentimento expresso e escrito, com exceção do centro, serviço e/ou médico prescritor.

5. Entendo que tenho direito a não ser informado sobre os resultados do estudo. Neste caso, quando a informação obtida for necessária para evitar um prejuízo grave para a minha saúde ou dos meus familiares biológicos, ela será reportada a um familiar próximo ou a um representante dos mesmos.

6. Podem ser obtidos resultados inesperados relacionados com outras patologias e neste caso espero obter aconselhamento sobre como avaliar clinicamente esta informação.

7. Os dados de caráter pessoal tais como o histórico clínico e os resultados obtidos podem ser compartilhados por profissionais implicados na atuação médico-assistencial sem a necessidade de consentimento expresso.

8. O estudo genético pode ser designado total ou parcialmente a um laboratório por decisões técnicas.

9. Autorizo a armazenamento de material genético nos casos em que pode ser necessária a realização de extensões do pedido de estudo genético. Eu entendo que a presente autorização é extinta mediante revogação da mesma, por meio de comunicação expressa e escrita e que será realizada pelo laboratório que possui custódia da amostra.

13. Entendo que tenho o direito de solicitar o cancelamento dos dados genéticos mediante solicitação prévia por escrito, transcorridos cinco anos após a obtenção dos dados.

14. Entendo que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, mediante pedido por escrito e tal decisão não afetará de qualquer forma os meus cuidados ou de qualquer familiar. Entretanto, este direito não exime as obrigações econômicas contraídas da solicitação deste serviço.

Sobrenome do paciente (*): _____

Nome (*): _____

Assinatura do paciente ou do representante legal (caso o paciente seja menor de idade) (*): _____

Data: _____