

	<b>TESTE GENÉTICO PARA PAINÉIS CARDIOLÓGICOS</b>
	Questionário

Este formulário deve ser completamente preenchido para evitar atrasos na liberação do exame.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu entendo que uma amostra de sangue ou saliva será obtida e que o procedimento de coleta possui um risco mínimo associado como dor, hematoma ou outro desconforto no local da coleta; compreendo que a amostra para diagnóstico será utilizada com o propósito de determinar a presença de alguma alteração genética. Estou ciente que: (1) A análise de DNA realizada é direcionada para a condição investigada e considera o desenvolvimento científico atual; (2) A interpretação do resultado deste teste pode ser modificada no futuro de acordo com a incorporação de novas informações e tecnologias pela ciência; (3) O laboratório Fleury não possui serviço de armazenamento de DNA e, portanto, caso o paciente queira realizar quaisquer outros testes genéticos, será necessária nova coleta; (4) Este teste é complexo e utiliza materiais especializados, existindo uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente; (5) Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser anonimizadas (remoção de todos os identificadores) e utilizadas como amostras-controle ou para pesquisa, submetida e aprovada pelo comitê de ética do Grupo Fleury. No caso de uso para pesquisa, os resultados não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os mesmos não serão comunicados; (6) Achados incidentais não relacionados ao motivo de solicitação deste teste podem ser encontrados e serão reportados caso tenham significado médico claro para a saúde do indivíduo ou família; (7) Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais.

- **Nome do paciente:**

\_\_\_\_\_

**Telefone para contato: residencial** ( ) \_\_\_\_\_ **celular**

( ) \_\_\_\_\_

**Assinatura do paciente ou responsável legal:**

\_\_\_\_\_

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

• Nome do exame solicitado: \_\_\_\_\_

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

Telefone para contato: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**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?**

( ) Não

( ) Sim. Indique o grau de parentesco [irmã(o), pai, mãe, tia(o), etc] \_\_\_\_\_

**Quais sintomas em comum?**

---

---

---

---

---

---

---

**Você ou alguém da sua família já realizou esse exame antes?**

( ) Não

( ) Sim. Anexar cópia do laudo ou especificar o achado encontrado.

---

---

---