

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue e saliva será obtida, um procedimento que possui um risco muito reduzido. Eu compreendo que as amostras para diagnóstico serão utilizadas com o propósito de determinar se eu sou portador de uma alteração genética, ou apresento risco aumentado para esta condição genética. Eu compreendo que: (1) A análise de DNA realizada é específica para a condição especificada. (2) Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a utilidade do teste. Os testes não são considerados pesquisa, mas são considerados como o melhor e o mais novo serviço disponível. Estes testes são geralmente complexos e utilizam materiais especializados, sendo que há uma pequena possibilidade de que o teste não funcione adequadamente ou que uma falha possa ocorrer. A taxa de erros é muito baixa, algo em torno de 1 em 1.000 amostras. Minha assinatura abaixo reconhece minha participação voluntária neste teste, mas de nenhuma forma libera o laboratório e seus funcionários de sua responsabilidade ética em relação a mim. (3) Em alguns casos, pode ser necessário que o laboratório realize nova análise nas amostras de DNA utilizando métodos novos e aperfeiçoados. No entanto, eu entendo que o laboratório não é um serviço de estocagem de DNA e minha amostra de DNA pode não estar disponível para estudos clínicos futuros. (4) Esta amostra será utilizada somente para o teste solicitado. Em alguns casos, amostras de DNA poderão ser tornadas anônimas (remoção de todos os identificadores) e usadas como amostras-controle ou em pesquisa. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

- **Nome do paciente:** _____

Telefones para contato: residencial (____) _____ celular (____) _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____ Data: _____

____/____/____

- **Nome do exame solicitado:** _____
- **Nome do médico solicitante:** _____ **CRM:** _____
- **Telefones do médico para contato: (____) _____ e-mail:** _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () F () M Peso: _____ Altura: _____

Teste para: () Suspeita Diagnóstica – descrever a(s) suspeita(s) diagnóstica(s), tentando ser o mais específico possível (evite “imunodeficiência” ou “baixa imunidade”): _____

() Detecção de portador – descrever o gene suspeito: _____

Qual a ancestralidade (p. ex.: afro-descendente, oriental, caucasiano, etc) do paciente? _____

Pais consanguíneos? () Sim Qual parentesco? _____ () Não

Descreva resumidamente os principais sintomas clínicos e doenças associadas: _____

Comprometimento neuro-psico-motor? () Sim () Não HIV: () Positivo () Negativo () Não pesquisado

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

() Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco: _____

() Não

Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?

() Sim - Se sim, é importante especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo, caso não tenha realizado o teste pelo Fleury: _____

() Não

HISTÓRICO MEDICAMENTOSO:

Está em reposição de imunoglobulina intravenosa ou subcutânea? () Sim () Não

Está em uso de algum imunobiológico? () Sim Qual? _____ () Não

Já usou anti-CD20 (rituximabe, Mabthera®, etc)? () Sim Quando foi a última dose? _____ () Não

Descrever as medicações em uso atualmente: _____

HISTÓRICO VACINAL:**Já realizou uma ou mais das vacinas abaixo?**

() BCG (Vacina para tuberculose) Apresentou BCGite (infecção causada pela vacina)? () Sim () Não

() Anti-tetânica (pode estar contida na vacina tríplice ou dupla bacteriana)

() Anti-pneumocócica (vacina contra pneumonia) Qual (10, 13 ou 23 sorotipos)? _____

() Vacina de vírus vivo (circular qual já usou): febre amarela, sarampo/rubéola/caxumba (separadas ou na forma de tríplice viral), poliomielite (em gotas ou Sabin), rotavírus, varicela ou herpes-zoster.

Complicação após alguma dessas vacinas? () Sim Qual complicação? _____ () Não

HISTÓRICO INFECCIOSO:

() Nada digno de nota ou nenhuma opção descrita a seguir

() Pneumonia número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

Já necessitou de internação ou antibiótico endovenoso para tratamento? () Sim () Não

Sequela pulmonar (p. ex.: bronquiectasias, GLILD, etc) ? () Sim Qual? _____ () Não

() Abscessos recorrentes número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

Abcessos profundos (pulmão, fígado, cérebro, etc)? () Sim – Qual órgão? _____ () Não

() Meningite/encefalite número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

Causada por herpes vírus? () Sim () Não

() Amigdalites recorrentes número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

() Tuberculose/micobacterioses número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

Local da infecção: _____ Refratária ao tratamento? () Sim () Não

() Infecção fúngica recorrente (p. ex.: candidíase, aspergilose, histoplasose, etc)

Qual(is) fungo(s)? _____

Número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

() Neurotoxoplasmose () Pneumocistose pulmonar () Criptococose () Herpes-zoster recorrente

() Giardíase intestinal recorrente () Cryptosporidium () Microsporidium () Isospora

() Diarreia persistente número de episódios/dia: _____ idade de início: _____

() Sinusites recorrentes número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

Já necessitou de internação/cirurgia ou antibiótico endovenoso para tratamento? () Sim () Não

() Outras infecções: _____ número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

() Outras infecções: _____ número de episódios: _____ idade do primeiro episódio: _____

HISTÓRICO DE AUTOIMUNIDADE:

- Nada digno de nota ou nenhuma opção descrita a seguir
- Diabetes insulino-dependente idade de início: _____ Hipogonadismo idade de início: _____
- Insuficiência adrenal idade de início: _____ HiperPARAtireoidismo idade de início: _____
- Tireoidite de Hashimoto idade de início: _____ Doença de Gravis idade de início: _____
- Lúpus idade de início: _____ Artrite reumatoide idade de início: _____
- Vasculite idade de início: _____ Dermatomiosite/polimiosite idade de início: _____
- Doença de Behçet idade de início: _____ Síndrome de Sjögren idade de início: _____
- Pneumopatia intersticial (fibrose pulmonar) idade de início: _____ Nefrite idade de início: _____
- Plaquetas <100.000 idade de início: _____ Anemia hemolítica idade de início: _____

EXAMES PARA A INVESTIGAÇÃO DO QUADRO ATUAL DISPONÍVEIS (FAVOR ANEXAR CÓPIAS DOS LAUDOS DOS EXAMES A SEGUIR, SE REALIZADOS EM SERVIÇO FORA DO FLEURY):

- IgG, IgM, IgA, IgE, subclasses de IgG (IgG1, IgG2, IgG3, IgG4)
- Sorologias para pneumococos, tétano ou rubéola **APÓS AS RESPECTIVAS VACINAS**
- DHR (diidrorodamina)
- Proliferação linfocitária (com mitógenos/fitohemaglutinina, CD3/CD28, toxoide tetânico, candidina, CMV)
- CD19, CD3, CD4, CD8, CD16/CD56 (célula NK)
- Imunofenotipagem de células B (perfil maturativo ou células B de memória)
- Imunofenotipagem de células T, TRECs, KRECs
- **QUALQUER TESTE GENÉTICO/SEQUENCIAMENTO ADICIONAL REALIZADO PARA ESSA INVESTIGAÇÃO PREVIAMENTE**
- Qualquer outro exame relacionado com a investigação atual que julgar importante