

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

- A interpretação dos resultados do teste Probiome considera o desenvolvimento científico atual e pode ser modificada no futuro, de acordo com a incorporação de novos conhecimentos científicos e avanços da tecnologia e ferramentas de análise.
- Coletei a amostra de fezes utilizando o kit de coleta fornecido pela BiomeHub e de acordo com as instruções constantes do manual de coleta do mesmo. Preenchi o formulário de cadastro e o TCLE e entreguei ao laboratório junto com a amostra coletada. Caso as informações enviadas não sejam suficientes, as mesmas poderão ser a mim requisitadas para que o teste possa ser realizado.
- Há possibilidade de uma nova coleta de amostras de fezes, caso a primeira amostra coletada esteja fora do padrão estabelecido no manual de coleta.
- Concordo que as amostras biológicas e amostras de DNA fornecidas por mim, bem como os dados e informações associadas as amostras, poderão ser armazenadas e utilizadas de forma anônima (sem qualquer característica que permita a identificação do paciente), para fins de pesquisa ou testes submetidos e aprovados pela BiomeHub.
- A amostra de fezes coletada deverá ser encaminhada para análise em até 30 dias a partir da data de coleta da mesma, a fim de garantir a estabilidade do material biológico e a qualidade do resultado. Passado esse prazo, a BiomeHub reserva-se o direito de não aceitar a amostra para análise.
- O prazo de entrega dos resultados do teste de Probiome inicia a partir da data na qual a amostra é recebida na BiomeHub.
- Se eu tiver perguntas sobre o teste Probiome, posso entrar em contato com a BiomeHub para esclarecimentos adicionais.
- O resultado do teste Probiome é confidencial e somente será compartilhado com outro profissional da saúde com a minha autorização.

_____, ____ de ____ de ____
Assinatura: _____
Nome: _____
CPF: _____ RG: _____

No caso de cliente menor de idade

Assinatura: _____
Nome do representante legal: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
Grau de parentesco: () Pai () Mãe () Responsável legal

Declaração do profissional da saúde que solicitou o teste Probiome:

Declaro que expliquei o significado e implicações do teste Probiome solicitado ao cliente ou responsável.

Assinatura do profissional da saúde: _____
Nome: _____
Conselho de classe/Número de registro: _____

probiome

www.probiome.com.br



FORMULÁRIO DE CADASTRO PROBIOME E TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

IMPORTANTE: recomendamos que o formulário a seguir seja preenchido em conjunto com o profissional da saúde solicitante. O profissional da saúde deverá assinar e carimbar este formulário ou, caso você possua o pedido do exame assinado e carimbado, deverá anexá-lo ao final do formulário.

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Profissional solicitante: _____ Data da solicitação: _____

Tipo e N° conselho: CRM _____ CRN _____ Outro _____

Motivo da solicitação:

Apoio diagnóstico: qual é a suspeita clínica?

ou Acompanhamento de terapia: A coleta da amostra biológica se refere a qual período de terapia adotada?

ANTES DURANTE APÓS

Descreva brevemente a terapia adotada

DADOS DO CLIENTE *

Nome do cliente: _____ Data da coleta da amostra: _____

Estado civil: _____ Nome da mãe: _____

Nacionalidade: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: _____ Peso (kg): _____ % de gordura corporal: _____ Método: _____

Altura (m): _____ Você já fez este teste antes? NÃO SIM, quando? _____

DADOS DO REPRESENTANTE QUANDO MENOR OU INCAPAZ *

Nome completo: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Relação com o representado: _____

Nacionalidade: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

*Campos obrigatórios

ESTADO DE SAÚDE

Assinale abaixo quais sintomas você possui atualmente:

- Sensibilidade abdominal Distensão abdominal Dor abdominal
 Constipação Flatulência Vômito
 Diarreia Náusea

Os sintomas assinalados acima iniciaram há quanto tempo? _____

Há algum sintoma que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatado? Se sim, descreva abaixo o sintoma e sua data de início. _____

Assinale abaixo quais das seguintes condições você possui o diagnóstico e quando a condição foi diagnosticada:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Intolerância à lactose
Data diagnóstico: _____ | <input type="radio"/> Intolerância ao glúten
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="radio"/> Síndrome do intestino irritável (SII)
Data diagnóstico: _____ | <input type="radio"/> Doença celíaca
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="radio"/> Doença inflamatória intestinal (DII)
Data diagnóstico: _____ | <input type="radio"/> Diabetes. Tipo: _____
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="radio"/> Doença de Crohn
Data diagnóstico: _____ | <input type="radio"/> Câncer. Tipo: _____
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="radio"/> Colite ulcerativa
Data diagnóstico: _____ | <input type="radio"/> Transtorno do espectro autista
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="radio"/> Doenças da tireoide. Tipo: _____
Data diagnóstico: _____ | <input type="radio"/> Depressão
Data diagnóstico: _____ |

Há alguma condição diagnosticada que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatada? Se sim, descreva abaixo a condição e a data de diagnóstico. _____

Você está em uso de probióticos ou prebióticos? NÃO SIM, data de início: _____

Você está em uso de terapia com antimicrobianos? NÃO SIM, data de início: _____

Você está em uso de terapia com quimioterápicos? NÃO SIM, data de início: _____

Você está em uso de alguma terapia medicamentosa que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatada? Se sim, descreva abaixo o medicamento e a data de início de seu uso. _____

Você está realizando terapia acompanhada por profissional da nutrição ou médico com alguma dieta específica? NÃO SIM. Se SIM, qual foi a data de início da dieta? _____

Faça uma breve descrição sobre o tipo de dieta que está utilizando: _____

ESTADO DE SAÚDE

Quais grupos alimentares você mais consome? Assinale uma opção para cada alternativa.

1. Onde você costuma realizar suas refeições?

- Em casa Restaurantes *buffet*
 Redes de *fast food* ou lanchonetes

2. Laticíneos:

- In natura (leite, iogurte natural, queijo branco)
 Industrializados (queijos gordurosos, cream cheese, requeijão, bebida láctea)

3. Bebidas (assinale até duas alternativas):

- Água Sucos naturais
 Bebida alcoólica Café e/ou chá
 Sucos artificiais e/ou refrigerantes

4. Óleos e gorduras (assinale até duas alternativas):

- Azeite de oliva Óleo de coco
 Manteiga Margarina
 Óleo de soja/canola/milho

5. Proteína animal:

- Não consome Ovos Frango
 Peixes Carne vermelha bovina/suína

6. Carboidratos Integrais:

- Não consome 1 porção/dia
 2 porções/dia 3 ou + porções/dia

7. Verduras e legumes:

- Não consome 1 porção/dia
 2 porções/dia 3 ou + porções/dia

8. Frutas:

- Não consome 1 porção/dia
 2 porções/dia 3 ou + porções/dia

9. Leguminosas:

- Não consome 1 porção/dia
 2 porções/dia 3 ou + porções/dia

10. Doces e farinhas refinadas:

- Não consome 1 porção/dia
 2 porções/dia 3 ou + porções/dia

Você passou por alguma mudança drástica de estilo de vida recentemente? Por exemplo, adoção de dieta vegetariana, realização de cirurgia bariátrica e etc. NÃO SIM.

Se SIM, qual foi a data de início da mudança no estilo de vida? _____

Faça uma breve descrição sobre a mudança de estilo de vida adotada: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

De acordo com o presente Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo que minha amostra de fezes seja utilizada com o propósito de identificar a composição da microbiota intestinal por meio do teste Probiome e declaro estar em pleno acordo quanto à realização do teste solicitado, estando ciente de que:

- A BiomeHub desde já se isenta de qualquer responsabilidade pela troca de identidade de amostras coletadas fora de suas instalações. Desta forma, como cliente e/ou responsável legal assumo que a amostra coletada pertence a: _____.
- O teste Probiome tem como objetivo identificar a composição bacteriana da microbiota intestinal e detectar possíveis desequilíbrios, utilizando o sequenciamento de DNA de alto desempenho como metodologia.
- O teste Probiome é utilizado para apoio ao diagnóstico de diversas condições, bem como acompanhamento de tratamentos medicamentosos e com base na dieta alimentar. Entretanto, não deve ser utilizado como única ferramenta para o diagnóstico clínico. Também não deve ser utilizado como substituto de tratamentos ou de consultas periódicas aos profissionais de saúde.