

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAMES DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR

Os exames oferecidos pela CYTOGENE são realizados seguindo rigorosos padrões nacionais e internacionais de qualidade, garantindo a emissão de resultados confiáveis que irão auxiliar no seu diagnóstico e contribuirão para seu bem-estar. Para que seu material genético possa ser processado, é importante que você entenda como será realizada a análise de suas amostras, a interpretação dos resultados e também os fatores que influenciam em seus exames.

Ao concordar com o presente termo, entenda que este documento é exigido com o intuito de proteger seus direitos em todas as etapas do processo de análise. Você mesmo ou um profissional legalmente habilitado coletarão amostras de material biológico suas e/ou de seus familiares, em um procedimento rápido e de baixo risco. Esta (s) amostra (s) será (ão) utilizada (s) para determinar se você e/ou seus familiares são ou não portadores de alterações gênicas (mutações) ou cromossômicas associadas com a (s) doença (s) ou condição (ões) sob investigação, bem como para realizar o diagnóstico molecular solicitado.

Ao assinar este termo, declaro que aprovo a realização de análise laboratorial com meu material biológico e que o mesmo é proveniente da pessoa para qual está sendo realizado o diagnóstico, específico de acordo com o exame solicitado. Um erro no diagnóstico pode ocorrer caso a amostra enviada não seja realmente da pessoa objeto do exame, o que isenta a CYTOGENE de qualquer responsabilidade ou dano causado pelo resultado incorreto. Entendo que a análise realizada é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo ou a saúde de meus familiares e dos meus filhos, nascidos ou não. Entendo que as amostras deverão ser enviadas rigorosamente de acordo com as condições especificadas nas orientações de cada exame disponibilizadas pela CYTOGENE, para assegurar uma análise confiável e precisa. Estou ciente de que se as amostras forem enviadas fora das especificações de cada exame, as mesmas poderão ser recusadas, sendo necessária uma nova coleta de amostra.

Os métodos utilizados possuem alta sensibilidade para detecção de mutações, porém o teste, em raras situações, pode ser incapaz de identificar anormalidades em regiões do seu material genético, eventualmente não incluídas no presente teste, ou causadas por grandes deleções, duplicações e inversões, muito raramente causadoras de doença. Alterações em outros genes serão documentadas e mantidas nos arquivos do paciente. Todas as técnicas laboratoriais estão sujeitas a gerar informações inconclusivas ou divergentes do real estado clínico do paciente. A obtenção de um laudo com resultados inconclusivos em decorrência de problemas na amostra não me isenta de maneira alguma do pagamento pelo serviço realizado.

Entendo que os resultados gerados farão parte do meu histórico médico e poderão ser divulgados apenas àqueles que possuem acesso legal a este registro (o paciente ou responsável e seu médico solicitante) ou alguém legalmente designado por mim. A interpretação dos resultados requer conhecimentos específicos, portanto meu laudo será relatado a mim pelo médico que acompanha este processo. Os dados gerados por análises realizadas na CYTOGENE são confidenciais e somente funcionários envolvidos no processamento e liberação do laudo terão acesso a tais informações.

A amostra enviada somente será processada mediante a aprovação e assinatura deste termo de consentimento. Ao selecionar o exame, concordo que me foram explicados os riscos e limitações de forma clara e satisfatória. Por fim, Eu declaro que li e estou de acordo com todos os itens presentes neste termo de consentimento, assim como as recomendações para o envio as amostras e me responsabilizo pelo envio de amostras de material biológico da pessoa para a qual está sendo realizado o exame solicitado.

() (OPCIONAL) Declaro que aceito participar de forma anônima de estudos de pesquisa presentes ou futuros, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA, o qual poderá ser armazenado.

Data ____/____/____

Nome legível _____

CPF _____

Assinatura do paciente _____