

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

Informações clínicas

Complete as informações abaixo sobre o paciente submetido ao teste. Se sua resposta for “SIM” para qualquer item, por favor, forneça uma descrição adicional (por exemplo, se responder “sim” em “malformação dos membros”, descreva o tipo de anormalidade e em qual membro; se responder “sim” em “crescimento anormal”, descreva o percentil do parâmetro de estatura, etc). Forneça também um resumo da história clínica e um pedigree (isto deve ser fornecido pelo médico que solicitou o exame). Estas informações são importantes para auxiliar na interpretação dos resultados do teste SNP/CGH-ARRAY. Recomenda-se que as informações sejam preenchidas com o auxílio de um médico.

Médico: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

	SIM	Descrição	NÃO	Desconhecido
Prematuridade				
Restrição de crescimento intrauterino				
Atraso de marcos motores				
Atraso desenvolvimento linguagem				
Regressão neurológica				
Autismo / Espectro Autista				
Deficiência Intelectual				
Perda de audição				
Hipotonia				
Hipertonia / Espasticidade				
Convulsões				
Ataxia				
Movimentos anormais				
Dismorfismos				
Baixa estatura				
Alta estatura				
Microcefalia				
Macrocefalia				
Hiperextensibilidade				
Contraturas nas articulações				
Obesidade / Crescimento anormal				
Alterações estruturais de SNC				
Malformações oculares				
Perda de visão				
Problemas cardíacos congênitos				
Alterações renais				
Alterações esqueléticas				
Escoliose				
Malformação dos membros				
Alterações de pele				
Alterações de genitália				
Organomegalia				
Hemi-hipertrofia				
Câncer / tumores				

Informações adicionais**Heredograma****Termo de consentimento**

Eu entendo que uma amostra do meu sangue ou 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. O laboratório zela pela privacidade e proteção de dados pessoais de seus clientes e cumpre a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) ("LGPD"), tratando dados pessoais de forma legítima e com as medidas de segurança adequadas. (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. Os resultados destes testes não podem ser atribuídos a pacientes identificáveis e os resultados não são comunicados.

Assinatura do paciente ou responsável

Informações do paciente

Nome: _____

RG/CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não definido

E-mail: _____

Telefone: (____) _____

Data de coleta: ____/____/____

Material coletado: _____

Ancestralidade☐ Afro-Americano☐ Asiático☐ Judeu Asquenaze☐ Caucasiano Europeu☐ Indígena☐ Hispânico☐ Outros especificar: _____**Teste para:** ☐ Suspeita Diagnóstica ☐ Detecção de portador**Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?**☐ Não☐ Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc...) _____**Você ou alguém da sua família já realizou esse exame antes?**☐ Não☐ Sim. Se sim, é necessário especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo