

Eu entendo que uma amostra de meu sangue ou medula óssea será obtida, para a realização do teste painel de mutações para neoplasias mieloides. Eu compreendo que as amostras para diagnóstico serão utilizadas com o propósito de avaliar variantes nos genes envolvidos nas neoplasias mieloides. Eu compreendo que: (1) A análise de DNA/RNA realizada é direcionada para a minha condição clínica especificada. (2) Porém, compreendo que o teste também pode identificar informações genéticas não relacionadas à minha condição clínica, mas que podem ter implicações para a minha saúde ou para membros de minha família, e que tais informações serão relatadas no laudo. (3) Estes testes são relativamente novos e estão sujeitos a mudanças periódicas para melhorar e aumentar a sua utilidade. 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 minha pessoa. (4) Em alguns casos, pode ser necessário que o laboratório realize nova análise nas amostras de DNA/RNA 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. (5) 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.

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

---

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal