

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

A amostra coletada será utilizada para diagnóstico de alterações cromossômicas no feto. Eu compreendo que: (1) A análise de DNA é específica para a condição relatada nesse termo. (2) Esse exame é relativamente novo para análise de produto de abortamento e constantes melhorias são realizadas para uma melhor análise e interpretação dos resultados. (3) Existe uma pequena possibilidade de o teste não funcionar devido a contaminação com células maternas, baixa quantidade ou até mesmo ausência de material fetal na amostra. (4) Devido à complexidade dos testes de DNA e às importantes implicações dos resultados destes testes, os resultados serão divulgados somente para mim e para o médico solicitante. Os resultados são confidenciais; eles somente serão liberados para outros profissionais médicos ou para terceiros mediante meu consentimento escrito. (5) 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.

Nome do(a) paciente: _____ CPF _____

Telefone para contato: Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

Assinatura do(a) paciente ou responsável: _____

Data: ____/____/____

Autorização para exame em menor de idade

Declaro que eu, _____,

portador(a) do CPF nº _____,

nascido(a) no dia ____/____/____ sou responsável legal pelo (a) menor de idade _____

_____ e autorizo o laboratório a realizar exames e análises clínicas, conforme necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

Declaração do médico ou geneticista: eu expliquei o teste de DNA para esta pessoa. Eu mencionei as limitações descritas acima, e respondi às perguntas que me foram feitas.

Nome do exame solicitado: _____

Nome do médico solicitante: _____ CRM: _____

Telefone para contato: (____) _____ E-mail: _____

Assinatura e carimbo do médico solicitante: _____

Data: ____/____/____

Informações gerais

Data de nascimento da mãe: ____/____/____

Qual a idade gestacional no momento do aborto: _____ semanas e _____ dias.

Sexo do feto: _____

Os cônjuges tem grau de parentesco? Qual? _____

Já teve abortamento anterior? Quantos? Em que mês de gestação?

Existe histórico de problema genético na família? Qual? _____