

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu entendo que uma amostra de meu sangue 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. (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) Devido à complexidade dos testes de DNA e às importantes implicações dos resultados destes testes, os resultados serão divulgados somente para mim, através de meu médico ou do geneticista que solicitou o teste. Os resultados são confidenciais; eles somente serão liberados para outros profissionais médicos ou para terceiros mediante meu consentimento escrito. Minha participação no teste de DNA é completamente voluntária. (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. 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 do paciente

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M

Teste para: () Suspeita diagnóstica () Detecção de portador

Qual a ancestralidade do(a) paciente? _____

Data da coleta: ____/____/____ Material coletado: _____

Descreva os principais sintomas clínicos:

Já fraturou algum osso? () Sim () Não

Caso tenha respondido sim, qual (ou quais) osso, com qual idade e como cada fratura ocorreu? _____

Já realizou densitometria óssea? () Sim () Não

Caso tenha respondido sim, o resultado estava alterado? () Sim () Não

Apresenta deformidade em coluna, perna e/ou braços ou já realizou cirurgia ortopédica corretiva? () Sim () Não

Apresenta alteração dentária como:

Dentes acinzentados/ amarelados? () Sim () Não

Encaixe desalinhado dos dentes superiores com inferiores e/ou prognatismo (queixo para frente)? () Sim () Não

Queda de dentes precoce? () Sim () Não

Tem esclera (branco dos olhos) azulados ou acinzentados? () Sim () Não

Possui articulações mais flexíveis que as outras pessoas? () Sim () Não

Faz uso contínuo de alguma medicação? () Sim () Não

Caso tenha respondido sim, cite as medicações em uso: _____

Existem outras pessoas na família com os mesmos sintomas?

() Sim. Se sim, indique qual o grau de parentesco (irmãos, pais, sobrinhos, etc...) _____

() Não

Você ou alguém da sua família já realizou este exame antes?

() Sim - Se sim, é necessário especificar o resultado (ou seja, qual o nome da mutação detectada) ou anexar cópia do laudo.

() Não