

TERMO DE CONSENTIMENTO DOENÇAS GENÉTICAS

Observações: As seções sinalizadas com (*) são de preenchimento obrigatório para a realização do exame. A ausência dos dados clínicos pode comprometer a conclusão do exame e será citada no resultado.

*DADOS DO PACIENTE:

*Nome completo: _____
*CPF: _____ *Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA) ____/____/____
*Sexo: () Masculino () Feminino *Telefone para contato: () _____
*Nome completo da mãe: _____
Nome completo do responsável (se menor de idade): _____
Endereço: _____
*E-mail: _____ *Material coletado: _____

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| () Favor V de Leiden | () Síndrome Velo cárdio facial |
| () Protrombina | () Microdeleções do cromossomo Y |
| () MTHFR (C677T) | () HLA B27 |
| () MTHFR (A1298C) | () Hemocromatose |
| () Síndrome do X Frágil | () Hemocromatose Plus |
| () Síndrome de Williams | () Outro : _____ |
| () Síndrome de Prader Willi / Angelman | |

*DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

*Nome (completo): _____
*CRM: _____ *Tel.: () _____ *e-mail: _____
Autorizo o envio do resultado para o meu médico assistente?
() Sim () Não

DADOS DO EXAME

Código do Exame: _____
Data do exame: ____/____/____
Provável entrega do resultado: ____/____/____
() Autorizo o uso da minha amostra biológica de forma anônima em publicações científicas e validações realizadas pelo laboratório. É importante ressaltar que a amostra é utilizada em caráter sigiloso, não sendo, em nenhum momento, revelada a identidade do paciente.
() Não autorizo a divulgação dos resultados em publicações científicas nem a utilização do meu material biológico.
Nenhuma informação pessoal é compartilhada, abrangendo dados para contato, informações e dados do paciente, em concordância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), lei nº 13.709/2018.

Assinatura do Paciente ou responsável - data