



INDICAÇÕES

PACIENTE

Apelido de casada

Apelido de nascimento

Nome

Data de nascimento

Nº CNS

ONSENTIMENTO INFORMADO

Fui informado(a)

- Do meu direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e sem ter de indicar o motivo.
- Do meu direito de não ser informado(a) dos resultados da análise.
- Do meu direito de interromper as análises iniciadas a qualquer momento antes da comunicação dos resultados, bem como do meu direito de exigir a destruição de todas as minhas amostras (incluindo os ácidos nucleicos extraídos) e dos resultados obtidos.

Com o seu acordo, as suas amostras biológicas não utilizadas serão conservadas.

- Aceito que sejam utilizadas para verificar os resultados obtidos, para análises posteriores e no âmbito da garantia de qualidade do laboratório.
- Aceito que sejam utilizadas para fins de investigação ou no âmbito do ensino universitário.

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Concordo em ser informado¹ sobre eventuais resultados secundários/complementares² se estes tiverem implicações médicas diretas (por exemplo: possibilidade de medidas preventivas ou consequências terapêuticas) ou puderem constituir um risco genético significativo para mim ou para os membros da minha família.

¹ De acordo com os conhecimentos científicos atuais e com base nas recomendações atuais do Colégio Americano de Genética Médica e Genómica (ACMG).

² Variantes que podem ser obtidas acidentalmente durante um teste genético e associadas a uma doença diferente daquela para a qual o teste foi inicialmente indicado.

Sim ☐ Não ☐

(Se necessário), consinto em que a minha amostra, os meus dados pessoais e o pedido de teste sejam transmitidos a um laboratório ou a um instituto de cooperação especializada com o objetivo de investigar a doença acima mencionada.

Sim ☐ Não ☐

Aceito que os dados e resultados dos testes recolhidos no contexto da doença em questão possam ser utilizados de forma anónima para fins de investigação científica¹ e publicados de forma anónima em revistas médicas.

¹ Por exemplo: para melhorar a compreensão dos mecanismos moleculares da doença e/ou com o objetivo de desenvolver novas possibilidades de diagnóstico ou tratamento.

Sim ☐ Não ☐

Consinto que os meus dados pessoais e os resultados dos testes sejam conservados para além do período de conservação legal de 10 anos.

Sim ☐ Não ☐

Concordo que os resultados dos meus testes possam ser utilizados para fins de aconselhamento genético e testes a membros da minha família potencialmente em risco.

Sim ☐ Não ☐

Ao assinar este formulário de consentimento, confirma que o pessoal médico responsável o/a informou da importância e das consequências dos testes genéticos previstos. Além disso, a necessidade médica e os potenciais benefícios dos testes genéticos foram-lhe claramente comunicados. Os eventuais riscos para a saúde que poderiam resultar da recolha de amostras biológicas e da comunicação do resultado do teste (por exemplo, stress psicológico) foram discutidos em pormenor.

O resultado desse exame ser-me-á entregue e explicado pelo médico prescritor (ou por delegação no conselheiro em genética) no estado atual dos conhecimentos no quadro de uma consulta de genética.

Data

Identidade do(a) paciente

Assinatura

Apelido

Nome

Data de nascimento

Identidade do(s) representante(s) legal(is)

Assinatura

Apelido, Nome, Data de nascimento

Apelido, Nome, Data de nascimento

CERTIDÃO DE CONSULTA

Certifico ter informado o paciente ou o seu representante legal Sr./Sra. _____ sobre as características da doença objeto da pesquisa, os meios para a diagnosticar, as possibilidades de prevenção e tratamento, o armazenamento da sua amostra, a possibilidade de subcontratação das análises e ter obtido o consentimento do (ou da) paciente ou da sua tutela nas condições previstas pelas exigências acima referidas.

Data

Assinatura do prescritor