

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TESTE GENÉTICO DIAGNÓSTICO

Este teste genético visa confirmar/excluir o diagnóstico clínico de uma doença genética, identificando a mutação ou mutações responsáveis. O teste é efetuado no ADN extraído de uma colheita de sangue. Os resultados permitirão conhecer melhor a doença e os riscos para outros familiares e fazer o aconselhamento genético. Não existem riscos para além dos (raros) associados a qualquer colheita de sangue venoso.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo a colheita de sangue e execução de teste genético com vista à confirmação ou diagnóstico da minha doença, cujos procedimentos, finalidades e limitações que me foram explicados:

SIM NÃO

Autorizo que os dados constantes da ficha de pedido de teste genético sejam registados e tratados informaticamente, para uso interno e exclusivo deste centro de genética:

SIM NÃO

Autorizo que esta minha amostra de sangue possa ser utilizada para fins de investigação da doença:

SIM NÃO

Se agora concordar, poderei retirar estas autorizações a qualquer momento. Se eu agora recusar ou vier mais tarde a retirar estas autorizações, a execução do teste genético, a comunicação dos resultados ou as consultas de seguimento não serão nunca postas em causa, nem prejudicadas.

Nome completo: _____

Data: ___/___/_____ **Assinatura do doente:** _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

Nome completo: _____

Doc. Identificação: BI/CC N.º _____ Validade: ___/___/_____

Grau de parentesco/tipo de representação: _____ Assinatura do representante: _____

Confirmo que expliquei à pessoa acima indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários à realização do teste genético diagnóstico. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome do médico: _____

Data: ___/___/_____ **Assinatura do médico:** _____ **Cédª Prof.:** _____

ANEXAR À AMOSTRA E AO FORMULÁRIO DE PEDIDO DE TESTE