

# Consentimento do Teste NIPT

(Teste Pré-Natal Não Invasivo)

Li ou me explicaram a folha de informações do teste em anexo para o teste de triagem genética que estou fazendo. Recebi, li e compreendi uma explicação escrita da análise genética. Recebi as explicações apropriadas sobre a(s) doença(s) testada(s), a base genética, as possibilidades de prevenção/tratamento e a finalidade, escopo e significado do(s) teste(s) genético(s) planejado(s), incluindo os riscos associados à amostragem de sangue e as limitações do teste. Entendo que este teste não se destina a fornecer um diagnóstico final e, em caso de resultado positivo, não deve ser considerado como única evidência para uma conclusão diagnóstica. Todas as minhas perguntas foram respondidas e tive o tempo de consideração necessário.

Concordo em fornecer informações precisas sobre todos os exames anteriores, como ultrassonografia/outros exames de triagem/diagnóstico realizados nesta gravidez. Entendo que meu médico pode entrar em contato comigo para obter tais informações.

Autorizo que os resultados do meu teste sejam enviados ao médico abaixo assinado, ou ao seu local de trabalho, para um endereço fornecido por ele. Devido à complexidade dos testes baseados em DNA e às importantes implicações dos resultados dos testes, entendo que meus resultados serão relatados por meio de meu médico e que devo entrar em contato com meu médico para obter os resultados do teste. Opcionalmente posso agendar uma consulta, sem custos, com o médico geneticista da Encodexa™ para explicações detalhadas e o que for discutido nesta consulta, será repassado imediatamente ao médico responsável.

Os resultados dos testes também podem ser usados para pesquisa e para melhorar o diagnóstico e o tratamento de doenças genéticas.

Autorizo o armazenamento e uso dos resultados dos meus testes anônimos em um banco de dados estatísticos para fins científicos e para facilitar e melhorar o diagnóstico de alterações genéticas e doenças em outros pacientes.

Entendo que permanecerei anônimo e não identificável durante a análise de dados e que qualquer informação pessoal será previamente tornada não pessoal caso a Encodexa™ pretenda usá-la para quaisquer relatórios ou publicações. Autorizo que os resultados armazenados no banco de dados sejam fornecidos a médicos, cientistas e pesquisadores.

Sim  Não **(Se ambos forem deixados em branco, o teste não será realizado)**

O material de teste não utilizado é importante para pesquisar mecanismos biológicos que podem resultar em uma melhor compreensão das doenças.

O material de teste não utilizado também é um importante material de comparação para garantia de qualidade em testes genéticos em laboratório.

Eu concordo com o armazenamento e uso anônimo do meu material de teste restante para fins de garantia de qualidade e o rastreamento mais recente dos resultados além do período de teste. Eu concordo com o armazenamento e uso anônimo do meu material de teste para melhorar o diagnóstico e tratamento de doenças genéticas.

Sim  Não (Se ambos forem deixados em branco, o teste não será realizado)

Existe a possibilidade de reconhecimento de “**Achados Incidentais**” que não necessariamente estejam relacionados ao motivo da solicitação do exame. Esses achados podem fornecer informações que não foram previstas e que não estão relacionadas às características clínicas relatadas do indivíduo, mas podem ser de valor médico para o atendimento ao paciente.

Eu escolho receber também informações sobre resultados genéticos que não estão necessariamente relacionados ao motivo específico pelo qual meu médico solicitou o teste.

Sim  Não (Se ambos forem deixados em branco, o teste não será realizado)

Com minha assinatura, dou meu consentimento para a análise genética e a coleta de sangue necessária. Foi-me referido que posso retirar o meu consentimento total ou parcial a qualquer momento sem fundamentação, sem qualquer prejuízo daí resultante e que tenho o direito de não tomar conhecimento dos resultados do teste (direito de não saber). Estou ciente de que posso interromper o teste uma vez iniciado a qualquer momento e solicitar a destruição do material de teste não anônimo, incluindo todos os componentes obtidos e todas as conclusões dos resultados coletados até aquele momento.

Estou ciente de que relatórios anônimos e material de amostra não podem ser destruídos mediante minha solicitação após a anonimização. Até agora, concordo que, com a anonimização, qualquer título de relatórios e materiais seja atribuído à Encodexa™.

_____	_____	_____
Assinatura Paciente	Assinatura Responsável (< 16 anos ou Incapaz)	Assinatura Médico
..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
Dia/Mês/Ano	Dia/Mês/Ano	Dia/Mês/Ano