



GENOMIKA

**Termo de  
Consentimento**  
Livre e Esclarecido para Teste Genético de  
Sequenciamento Completo de Exoma

Nome do(a) Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Responsável (se necessário): \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco (entre Responsável e Paciente): \_\_\_\_\_

CPF do(a) Responsável: \_\_\_\_\_

- 1.** Estou ciente que uma amostra de material biológico será coletada em um procedimento de baixo risco. A amostra coletada ou entregue na Genomika será utilizada para realização do teste na requisição médica apresentada durante o cadastro do exame.
- 2.** Os métodos utilizados pela Genomika possuem alta sensibilidade para detecção de mutações. Contudo, o exame não é capaz de detectar variantes em regiões gênicas não incluídas no teste. Além disso, o exame não detecta grandes deleções ou duplicações e alterações estruturais, como translocações e inversões. Mutações podem não ser detectadas, visto que o teste, assim como qualquer outro exame genético, possui limitações.
- 3.** O vínculo biológico verdadeiro dos membros da família envolvidos neste estudo deve ser declarado antes da realização do exame, a fim de garantir a precisão dos resultados. Amostras dos pais biológicos são solicitadas para facilitar a interpretação dos dados.
- 4.** É possível que informações relacionadas aos laços parentais sejam reveladas pelo exame, como por exemplo, o pai biológico do paciente, pode ser diferente do reportado na família.
- 5.** Estou ciente que a análise realizada na Genomika para o exame requerido é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.
- 6.** Os resultados são confidenciais e o laudo será disponibilizado para mim e para o médico solicitante. A divulgação será realizada para outros médicos com meu consentimento escrito.
- 7.** Apenas os achados em genes que tenham correlação conhecida com o quadro clínico do paciente serão relatados no laudo, além de variantes em genes recomendados clinicamente pelo American College of Medical Genetics and Genomics.

**8.** O laudo é liberado de acordo com o conhecimento científico atual. A interpretação dos dados e resultados podem mudar no futuro, com o avanço do conhecimento médico ou melhoria das ferramentas de análise de dados.

**9.** Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.

**10.** Caso haja desistência da realização do exame, o paciente pode entrar em contato com o laboratório e solicitar o cancelamento. Neste caso, poderá ser cobrada uma taxa de acordo com a etapa do processamento em que a amostra se encontra.

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento:

x

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(OPCIONAL) Eu expresso meu desejo de participar anonimamente de estudos de pesquisa, pelo qual libero o uso da amostra do meu DNA, o qual poderá ser estocado, assinando abaixo:

x

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável