


| | | | | |
|-----------------------------|--|---------------|------------------------------|--|
| |  UMassMemorial Laboratórios <i>Requisição e Consentimento de Diagnósticos Moleculares</i> UMass Memorial Medical Center, Inc. One Biotech, 365 Plantation St., Worcester, MA 01605 SAC: 800-476-4431 | | ETIQUETA DO CÓDIGO DE BARRAS | |
| | INFORMAÇÕES DO PACIENTE | | | |
| DATA DA COLETA: ___/___/___ | SOBRENOME | NOME | DATA DE NASCIMENTO | SEXO () F () M |
| HORA DA COLETA: ____:____ | ENDEREÇO | CIDADE | ESTADO CEP | Nº DO SEGURO SOCIAL TELEFONE |

Com a minha assinatura abaixo, autorizo o Departamento de Laboratórios Hospitalares do UMMMC, ou seu laboratório credenciado, a realizar o(s) exame(s) genético(s) indicado(s):

Amostra: _____ Data da Coleta: _____

Exame(s): _____

Tenho ciência do seguinte:

- Este exame é voluntário e tenho o direito de me recusar a fazê-lo.
- Devo dar meu termo de consentimento livre e esclarecido antes que exames de diagnóstico sejam executados com o objetivo de identificar genes, anormalidades genéticas adquiradas ou herdadas, ou a presença ou a ausência de características adquiradas ou herdadas em material genético (DNA, RNA, cromossomos ou proteínas).
- O objetivo de cada exame me foi explicado, incluindo uma descrição da doença ou condição relativa à sua solicitação.
- Eu discuti os usos e limitações de cada exame solicitado (ou seja, o que significa o resultado positivo ou negativo?) com meu Clínico Geral.
- O exame pode acusar falso positivo ou negativo e exames complementares podem ser necessários para confirmar ou refinar a interpretação dos resultados.
- Podem ocorrer erros de diagnóstico em estudos genéticos familiares caso a relação biológica real dos membros da família for desconhecida ou diferente da informada. Exames genéticos podem sugerir a não-paternidade e pode ser necessário obter outra amostra e/ou relatar esse resultado ao médico solicitante.
- Aconselhamento genético é importante e está disponível para mim através do Serviço de Genética do UMMMC (508-856-3949):
- Minha amostra pode ser encaminhada pelo Departamento de Laboratórios Hospitalares do UMMMC para que o exame seja realizado em outro laboratório credenciado, caso os laboratórios do UMMMC não possam realizá-lo.
- Um registro do exame realizado, incluindo seus resultados, será anexado ao meu prontuário hospitalar, inclusive ao prontuário médico eletrônico do hospital. Esses resultados são confidenciais. Tenho ciência de que autorizei a equipe do UMMMC a ter acesso a esses resultados e que eles serão relatados ao meu Clínico Geral segundo a política do UMMMC. A cobrança por esse exame, com a indicação do exame realizado, será enviada para meu seguro saúde.
- Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre os exames solicitados e fui informado sobre como poderei obter os resultados.
- Após a conclusão do exame, parte da minha amostra pode ser anonimamente utilizada para validação do exame ou para pesquisa. Uma vez anônima, a fonte original do material não pode mais ser identificada.

 ASSINATURA DO PACIENTE/
 REPRESENTANTE AUTORIZADO

 NOME

 DATA

 ASSINATURA DA TESTEMUNHA

 NOME

 DATA