



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE
DE GENÉTICA MÉDICA

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES GENÉTICOS

(nos termos da Norma nº 015/2013 atualizada a 04/11/2015 da Direção-Geral da Saúde)

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____
Profissão: _____
Número da cédula profissional: _____
Unidade de Saúde: _____

INFORMAÇÃO

Nome do familiar a ser testado: _____
Relação com o utente: _____
Idade do familiar a ser testado: _____

CONTEXTO DO TESTE - obrigatoriamente a pedido de um médico com a especialidade de Genética Médica se assinalado com *

- Diagnóstico / Farmacogenética Preditivo / Pré-sintomático* Heterozigotia para doença recessiva* Rearranjo cromossómico familiar*
 Segregação familiar Pré-natal Outro (especificar): _____

TESTE GENÉTICO

- Cariotípico Microarray Variante(s) genética(s) específicas Gene completo Painel multigénico
 Exoma clínico Exoma/Genoma completo (solo ou trio) Outro (especificar): _____

ESPECIFICAÇÃO DO TESTE

Nome do familiar a ser testado: _____
Relação com o utente: _____
Idade do familiar a ser testado: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

O teste genético pode ter resultados positivos, negativos ou de natureza incerta.
Podem ser necessários testes adicionais para esclarecer a causa da doença e/ou o significado dos resultados obtidos, o que pode implicar testar familiares.
Alguns testes genéticos podem identificar alterações genéticas não relacionadas com o motivo da sua realização.
Os resultados do teste genético podem ter implicações clínicas para outros familiares.
O utente tem o direito de revogar este consentimento em qualquer altura, sem prejuízo para os seus cuidados de saúde.

Confirme que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis, no respeito pelos seus direitos.

Nome do médico

Assinatura

Nº da cédula profissional

Unidade de Saúde

Data

Contacto institucional do profissional de saúde



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES GENÉTICOS

(nos termos da Norma nº 015/2013 atualizada a 04/11/2015 da Direção-Geral da Saúde)

À PESSOA / REPRESENTANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

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 (ou da pessoa que represento) se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

DECLARO AINDA QUE (RISCAR O QUE NÃO INTERESSA):

1. Autorizo / Não autorizo

a realização do teste genético proposto e ser informado(a) dos resultados relacionados com o motivo primário da sua realização: positivos, negativos ou de significado clínico incerto (que não permitem, de forma conclusiva, responder ao motivo primário da realização do teste genético, mas que sejam potencialmente relevantes para explicar a causa da doença).

2. Pretendo / Não pretendo / Não se aplica

ser informado(a) dos resultados que não tenham relação com o motivo primário da realização do teste genético, mas que sejam considerados clinicamente acionáveis (isto é, com possibilidade de intervenção médica potencialmente benéfica).

3. Autorizo / Não autorizo

a conservação do material biológico remanescente do teste genético, para ser utilizado em contexto assistencial ou para fins de investigação, mediante novo consentimento, ou, na ausência deste, obrigatoriamente após anonimização irreversível.

Assinatura do/a utente

Data

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome do representante

Grau de parentesco ou tipo de representação

Documento de identificação nº

Data de validade

Assinatura do representante

Data