

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TESTE DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO

Dou autorização para 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 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. A execução da análise, a comunicação dos seus resultados ou as consultas de seguimento não serão nunca postas em causa, nem prejudicadas, se eu agora recusar ou vier mais tarde a retirar a autorização para utilização da minha amostra de sangue na investigação desta doença.

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

SIM NÃO

Nome completo: _____

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do doente: _____

Assinatura do médico: _____

ANEXAR À AMOSTRA E AO FORMULÁRIO DE PEDIDO DE TESTE