

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CULTURAS E LINHAS CELULARES PARA INVESTIGAÇÃO

Dou autorização para colheita de sangue para extracção de DNA e para culturas celulares e estabelecimento de linhas linfoblastóides, cujos procedimentos, finalidades e limitações me foram explicados:

SIM  NÃO

Autorizo que esta minha amostra de sangue e produtos dela derivados possam ser utilizados 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 ou para tratamentos 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**