

**CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO**EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO  
DOENTE, PREENCHER:**Identificação do doente**

NOME:

DATA NASC:

NSC:

**Nome do procedimento:** Teste genético

**Objetivo:** Os testes genéticos podem permitir detetar qual a causa de determinadas doenças ou se está em risco de a desenvolver, particularmente quando há suspeita de que existe uma doença na família (e que pode ser transmitida aos descendentes). O resultado do teste pode ser muito útil para a tomada de decisões em relação ao tipo de seguimento médico e a eventuais opções terapêuticas. Em Cardiologia, o teste genético pode ter indicação em várias áreas, nomeadamente se há um diagnóstico confirmado ou suspeito de miocardiopatia (doença do músculo cardíaco), em certos casos de insuficiência cardíaca, quando existem arritmias suspeitas de terem origem genética, em algumas doenças da aorta, das válvulas cardíacas ou de alteração dos lípidos (gordura no sangue), ou quando certos medicamentos não estão a ser tão eficazes como seria esperado, podendo haver alterações genéticas que sejam a sua causa.

**Modo de realização:** habitualmente é colhida uma amostra de sangue (através da punção numa veia), o qual vai depois ser tratado e estudado. Esse estudo é feito no seu DNA (material genético) mas poderá não ser feito imediatamente, pelo que a amostra, após tratamento em laboratório, pode necessitar de ser congelada e guardada até à realização do estudo.

**Efeitos esperados e eventuais benefícios:** o resultado do teste pode confirmar a suspeita diagnóstica e ser muito útil para a tomada de decisões em relação ao tipo de seguimento médico, a eventuais opções terapêuticas. Também poderá ser muito útil no tocante a eventual aconselhamento sobre estilos de vida, atividade profissional e aconselhamento genético relativo a procriação futura.

**Alternativas terapêuticas:** Não se aplica

**Riscos/complicações:** quando é colhida uma amostra de sangue, habitualmente não há riscos nem complicações. Eventualmente pode haver uma equimose no local da punção.

**Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.**

Nome do médico:

Nº da Ordem dos Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento

 doente representante legalDEPARTAMENTO DE  
CORACÃO E VASOSAv. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610  
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Página 1 de 3

**Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.**

Compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto (realização de teste genético) e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Declaro que **concordo** com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

O doente  representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

Em relação à **conservação e utilização da amostra** do material biológico que me foi colhido e à **utilização de resultados da análise genética**, dou a minha autorização (Sim) ou não dou autorização (Não) para as atitudes descritas no quadro abaixo, conforme assinalo no mesmo:

Conservação e utilização da amostra	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autorizo que a minha amostra seja conservada no laboratório Ao selecionar não significa que a amostra é destruída depois de concluir o estudo Ao selecionar sim significa que a amostra é armazenada por tempo indeterminado</li> </ul>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autorizo que a minha amostra seja utilizada para investigação após anonimização</li> </ul>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Utilização de resultados de análise genética	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autorizo a partilha dos resultados com os meus familiares se lhes for clinicamente útil</li> </ul>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autorizo que os resultados sejam guardados em base de dados de utilidade clínica após anonimização</li> </ul>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autorizo que a minha informação genética anonimizada seja partilhada com outros médicos ou investigadores na área da saúde</li> </ul>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

O doente  representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

IMP 010.03/17

De acordo com: Norma da DGS Nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015; Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) – Jornal Oficial da União Europeia (Edição em Língua Portuguesa), L119, 59º ano, 4 de Maio de 2016.

**Recuso** a realização do ato proposto (realização de teste genético) .

O doente  representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---

### REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento.

O doente  representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---

### REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O doente  representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

---