

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Carlos Jorge Noronha Gomes</u>
	Nº do Processo: <u>SGN 0347/98</u> DN: <u>713 175</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____ _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar*: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: _____
 Assinatura: _____ Instituição: _____ Data: ____/____/____

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreo populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: Sílvia Helena Correia Gomes BI/CC: 12498535 Data: 22/11/2017

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ _____

(O próprio/responsável legal) (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>She N. D. Schel</u>
	Nº do Processo: <u>IG 2768</u> DN: <u>15/3/2004</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____ _____ _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. N.º 56627
 Assinatura: Anabela Sáez Instituição: CGM Data: 21/8/2015

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreo populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: João Pedro Leão Sáez N.º CC: 078511526226 Data: 1/9/15

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____
 Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Rui N. Mendes Oliveira</u>
	Nº do Processo: <u>2011 5409</u> DN: <u>15/10/76</u> Referência Laboratório: _____ <small>(a preencher pelo laboratório)</small>
	Informação Clínica: _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ • (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em ação formativa (ex. médicos em formação,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: 56630
(legível)
 Assinatura: Amélia Mendes Instituição: CGM Data: 29/8/2015

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreo populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: Augusta BI/CC: Amélia Mendes Data: 29/8/2015

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Bruno Jorge Jans Martins</u>
	Nº do Processo: <u>0909/99</u> DN: <u>21/8</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____ _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: 56632
 Assinatura: Ana Rita Sousa Instituição: CGM Data: 21/8/2005

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreo populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: Jorge Manuel Bergueira Rodrigues Martins BI/CC: _____ Data: ____/____/____

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>M^{te} Inês Jesus Martins</u>
	Nº do Processo: <u>12573</u> DN: <u>15/8/2011</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____ _____ _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar*: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: 56630
 Assinatura: Anabela Sáez Instituição: CGM Data: 21/8/2013

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreio populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido
 Assinatura: Jorge Manuel Gregório Rodrigues Martins BI/CC: _____ Data: ____/____/____

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>M^{te} Teresa O. R. G. Oliveira</u>
	Nº do Processo: <u>CGN 5528</u> DN: <u>21/8/2007</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____ _____ _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar*: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: 56632
 Assinatura: Ana Rita Gomes Instituição: CGN Data: 21/8/2007

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreamento populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: Teresa Oliveira logo do Hospitalar do Porto BI/CC: 7400445 Data: 08/11/2007

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ _____
 (O próprio/responsável legal) (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Tânia Isabel Isabel Ferreira</u>
	Nº do Processo: <u>504758</u> DN: <u>13,2,1991</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: <u>Cromossomo 12</u>
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar*: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...) <u>Congresso (poster) este</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: Assoc. M. Trochuva Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº 27898
 Assinatura: Trochuva Instituição: CGM/CHP Data: 2/10/2014

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreio populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: Hélia Beate Guedes Ferreira Bragança BI/CC: _____ Data: 2/10/2014

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: _____	1647127	N. SNS: 176534997	_____
	Nº do Processo: _____	GABRIELA PEREIRA FERNANDES		
	Informação Clínica: _____	Data Nasc: 03/04/1977	Feminino	_____
		R PROF SOUSA JUNIOR 74 HAB 93	her pelo laboratório)	
	_____	RAMALDE	Tel: 963304811	_____
_____	4100 - PORTO	_____	_____	
_____	Fil: EDUARDO FERNANDES * IRENE PEREIRA FERNANDES			_____
_____	SNS N. 176534997			_____
História Familiar: _____	_____			

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico

Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico

Permitir que familiares beneficiem de estudo genético

Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo

Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)

O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)

Risco de hematoma no local de picada

Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele

Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: ANA RITA SOARES Especialidade: Genética Céd. Prof. Nº: 56637

Assinatura: Ana Rita Soares Instituição: CGM Data: 21/8/2015

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreio populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.

Assinatura: X Maria Irene Lopes Pereira Fernandes BICC: _____ Data: / /

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data / / .

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: / / _____ (O próprio/responsável legal)

_____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Viviana Fernandes</u>
	Nº do Processo: <u>1093177</u> DN: <u>26/1/97</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional:

Nome: ANA RITA SOARES Especialidade: Genética Céd. Prof. Nº: 5668
 Assinatura: Ana Rita Soares Instituição: ICG Data: 4/12/2016

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreio populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
 Assinatura: Viviana Fernandes BI/CC: _____ Data: 4/12/2016

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Bruno Filipe L. Pates</u>
	Nº do Processo: <u>0247/98</u> DN: <u>281 4196</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: 56632
 Assinatura: Anabela Sá Instituição: CGN Data: 21.8.2015

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreo populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.

Assinatura: Carla das Neves P. dos Reis BI/CC: 09908214 Data: 29.09.2015

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: <u>Orlando R. Leite Lopes</u>
	Nº do Processo: <u>660345</u> DN: <u>10/3/2003</u> Referência Laboratório: _____ (a preencher pelo laboratório)
	Informação Clínica: _____
	História Familiar: _____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmando ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico

Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico

Permitir que familiares beneficiem de estudo genético

Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo

Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)

O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)

Risco de hematoma no local de picada

Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele

Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: 86632
Assinatura: Anabela Sousa Instituição: CGM Data: 21/8/2015

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreio populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.

Assinatura: Nora Naveira Seixado Leite BI/CC: 1047-4240 Data: 22/09/2015

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.

Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.

Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: _____	1653035	N. SNS: 180913114	_____
	Nº do Processo: _____	VERA MONICA SOUSA LEAL	Data Nasc: 09/04/1976	Feminino
	Informação Clínica: _____	RUA DAS MIMOSAS N-110	GONDOMAR	Tel: 916256615
	_____	4420-GONDOMAR	Fil: MANUEL MARIA RICO LEAL * ROSA CONCEICAO SOUSA LEA	
	_____	SNS N. 180913114		_____
História Familiar: _____				

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ * (especificar: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:


Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: _____ Céd. Prof. Nº: _____
 Assinatura:  Instituição: _____ Data: ____/____/____

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreio populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido _____
 Assinatura:  BI/CC: _____ Data: ____/____/____

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.
 Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.
 Data: ____/____/____ _____
 (O próprio/responsável legal) (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO EM GENÉTICA MÉDICA

Lei 12/2005 - Informação genética pessoal e informação de saúde

IDENTIFICAÇÃO	Nome: _____	376318	N. SNS: 166927045	_____
	Nº do Processo: _____	PEDRO MIGUEL MIRANDA		_____
	Informação Clínica	Data Nasc: 08/05/1996	Masculino	_____
		TRAVESSA PONTE MOREIRA, 48 3 ESQ	_____	_____
		MAIA	Tel: 915324904	_____
_____	4470-MOREIRA DA MAIA	_____	_____	
_____	Fil: JOSE MARTINS TAVARES * FILIPA MARQUES MIRANDA	_____	_____	
_____	SNS N.166927045	_____	_____	
História Familiar: _____	_____			_____

UTILIZAÇÃO PROPOSTA / TESTE	SIM	NÃO
• Amostra de sangue para: - realizar _____ - armazenamento em banco (DNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Amostra de tecido* para: - realizar _____ (especificar*: _____) - armazenamento em banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fotografia clínica para: - publicação em meios de divulgação científica (ex. revista científica, ...) _____ - utilização em acção formativa (ex. médicos em formação, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Confirmo ter informado, de forma adequada e compreensível, ao utente/responsável legal sobre os procedimentos, finalidade, benefícios, possíveis riscos, limitações e alternativas do teste (incluindo não realização), assim como perguntas do utente. Em particular discuti:

Benefícios Esperados

Ajuda no estabelecimento/confirmação de diagnóstico
 Descobrir se o utente é portador de uma alteração genética/ rearranjo cromossómico
 Permitir que familiares beneficiem de estudo genético
 Outro _____

Possíveis problemas

Teste ter um resultado inconclusivo
 Poderá haver necessidade de estudar outros familiares (ex. progenitores)
 O resultado (bom ou mau) pode levar a problemas psicológicos (como ansiedade ou culpa)
 Risco de hematoma no local de picada
 Risco de infecção/cicatriz no local da biópsia de pele
 Outro _____

Foi entregue informação adicional: _____

Nome: _____ Especialidade: Genética Céd. Prof. Nº: 56652
Assinatura: [Assinatura] Instituição: [Assinatura] Data: 22/3/2016

UTILIZAÇÃO ADICIONAL	SIM	NÃO
• Autorizo, após a realização do estudo proposto, a utilização de pequena porção anonimizada da amostra para: (corte o que não concordar) - Controlo de qualidade; - Rastreo populacional; - Investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO DO PRÓPRIO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Autorizo a realização do teste referido.
Assinatura: [Assinatura] BI/CC: _____ Data: ____/____/____

ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ anulo o consentimento dado na data ____/____/____.
Não autorizo a continuação do teste em curso, estando consciente da decisão que estou a tomar.
Data: ____/____/____ (O próprio/responsável legal) _____ (O médico)

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA E ARQUIVO DE IMAGENS

Norma N.º 015/2013 da Direção Geral da Saúde

Cópia para Processo Clínico

A recolha e arquivo de imagens tem os seguintes objetivos:

- Documentar e avaliar a evolução ao longo do tempo de alterações relevantes da morfologia, ou outro aspecto clínico relacionado com a doença em estudo, para permitir uma melhor avaliação dos possíveis diagnósticos.
- Partilhar as alterações registadas com outros profissionais médicos para melhor avaliação dos possíveis diagnósticos.
- Partilhar as alterações registadas no âmbito da formação médica, ou de outra área científica, para aumentar o conhecimento da patologia em causa.
- Partilhar com a comunidade científica as alterações registadas, através de publicações científicas, para aumentar o conhecimento da patologia em causa.

A recolha e arquivo de imagens acarreta o seguinte risco:

- Perda de anonimato por fuga de informação

Este risco é mínimo, tendo em conta que:

- As imagens são arquivadas em ficheiros apenas disponíveis aos profissionais médicos do Centro de Genética Médica.
- Os profissionais em formação, ou outros que tenham acesso às imagens, estão sob dever de sigilo profissional.
- O acesso do público em geral a publicações científicas é muito limitado.

Identificação:

Nome: José Pedro Costa Silva DN: 241612006 Processo CHP: 114195

Declaro que compreendi os objetivos e riscos da recolha e arquivo de imagens e que autorizo:

A recolha e arquivo de imagens
(Escolher opções abaixo)

A exibição das imagens no âmbito da formação

A exibição das imagens com a comunidade científica incluindo publicação em revistas científicas

Sim Não

Assinatura do próprio/representante legal: José Pedro Costa Silva

Assinatura do menor: _____

Data: 1/1/

Declaro que transmiti adequadamente a informação acerca dos objetivos da recolha e arquivo de imagens.

Nome do Médico: / CP: 56630

Assinatura do médico: Jacinto Soares

Data: 23/1/2017

Patient Informed Consent

I, Walter L. Chado, hereby agree to have the digitized photographs, clinical information and family history information of Viviana Silva [Name of Patient] to be recorded, processed and stored, using an automatic dysmorphology analysis software accessible securely only by the examining physician.

Face2Gene is a neurogenetic search and reference tool, powered by the Facial Dysmorphology Novel Analysis technology. Face2Gene facilitates detection of facial dysmorphic features and recognizable patterns of human malformations to present comprehensive and up-to-date genetic references.

Face2Gene is fully HIPAA compliant and any patient information uploaded is accessible only to the examining physician, unless you also agree to one of the following options:

- Information may be also shared with selected physicians, explicitly authorized by the examining physician for clinical consultations purposes. An example is using Face2Gene Team Edition, or sharing an individual case.
- Information may be also shared with a group of expert physicians for informational and educational purposes, as well as professional commentary. An example is posting a case to the Face2Gene Online Unknown Forum
- Information may be also shared with all users of Face2Gene for informational and educational purposes, as well as professional commentary and medical research (including scientific publications) purposes. An example is publication in Face2Gene Academy or a scientific journal.

Other than indicated above, personal health information of patients will not be shared or published and you have the right to request no further usage of these data by contacting the following individuals:

<u>Ana Ktorshene</u>
Name of examining physician

<u>Walter L. Chado</u>	<u>7/09/2017</u>
Signature / Guardian's Signature	Date

<u>Mother</u>
Relationship (if signed by guardian)

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA E ARQUIVO DE IMAGENS

Norma N.º 015/2013 da Direção Geral da Saúde

A recolha e arquivo de imagens tem os seguintes objectivos:

- Documentar e avaliar a evolução ao longo do tempo de alterações relevantes da morfologia, ou outro aspecto clínico relacionado com a doença em estudo, para permitir uma melhor avaliação dos possíveis diagnósticos.
- Partilhar as alterações registadas com outros profissionais médicos para melhor avaliação dos possíveis diagnósticos.
- Partilhar as alterações registadas no âmbito da formação médica, ou de outra área científica, para aumentar o conhecimento da patologia em causa.
- Partilhar com a comunidade científica as alterações registadas, através de publicações científicas, para aumentar o conhecimento da patologia em causa.

A recolha e arquivo de imagens acarreta o seguinte risco:

- Perda de anonimato por fuga de informação

Este risco é mínimo, tendo em conta que:

- As imagens são arquivadas em ficheiros apenas disponíveis aos profissionais médicos do Centro de Genética Médica.
- Os profissionais em formação, ou outros que tenham acesso às imagens, estão sob dever de sigilo profissional.
- O acesso do público em geral a publicações científicas é muito limitado.

Identificação:

Nome: António R. A. Antunes DN: 16/1/17 Processo: 1738265

Declaro que compreendi os objetivos e riscos da recolha e arquivo de imagens e que autorizo:

A recolha e arquivo de imagens

(Escolher opções abaixo)

Sim Não

A exibição das imagens no âmbito da formação

A exibição das imagens com a comunidade científica incluindo publicação em revistas científicas

Assinatura do próprio/representante legal: Rafael António Cavada Antunes

Assinatura do menor: _____

Data: 14/12/17

Declaro que transmiti adequadamente a informação acerca dos objetivos da recolha e arquivo de imagens.

Nome do Médico: _____

CP: 56630

Assinatura do médico: [Assinatura]

Data: 14/12/17

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RECOLHA E ARQUIVO DE IMAGENS

Norma N.º 015/2013 da Direção Geral da Saúde

Cópia para Processo Clínico

A recolha e arquivo de imagens tem os seguintes objetivos:

- Documentar e avaliar a evolução ao longo do tempo de alterações relevantes da morfologia, ou outro aspecto clínico relacionado com a doença em estudo, para permitir uma melhor avaliação dos possíveis diagnósticos.
- Partilhar as alterações registadas com outros profissionais médicos para melhor avaliação dos possíveis diagnósticos.
- Partilhar as alterações registadas no âmbito da formação médica, ou de outra área científica, para aumentar o conhecimento da patologia em causa.
- Partilhar com a comunidade científica as alterações registadas, através de publicações científicas, para aumentar o conhecimento da patologia em causa.

A recolha e arquivo de imagens acarreta o seguinte risco:

- Perda de anonimato por fuga de informação

Este risco é mínimo, tendo em conta que:

- As imagens são arquivadas em ficheiros apenas disponíveis aos profissionais médicos do Centro de Genética Médica.
- Os profissionais em formação, ou outros que tenham acesso às imagens, estão sob dever de sigilo profissional.
- O acesso do público em geral a publicações científicas é muito limitado.

Identificação:

Nome: Mariana Estarva Cubal Fernandes DN: 08/02/2011 Processo CHP: 419462

Declaro que compreendi os objetivos e riscos da recolha e arquivo de imagens e que autorizo:

A recolha e arquivo de imagens
(Escolher opções abaixo)

A exibição das imagens no âmbito da formação

Sim Não

A exibição das imagens com a comunidade científica incluindo publicação em revistas científicas

Assinatura do próprio/representante legal: Anabela de Almeida Cubal Fernandes

Assinatura do menor: _____

Data: 11/04/2018

Declaro que transmiti adequadamente a informação acerca dos objetivos da recolha e arquivo de imagens.

Nome do Médico: ANA RITA SOARES CP: 56630

Assinatura do médico: _____

Data: 27/3/2018

NOTAS CLÍNICAS

Cada registo deve ter a data e identificação do Médico

DATA

13/12/2016

Hoje, durante a estância de pediatria do Desenvolvimento, vi a Rita numa das consultas.

Está c/ Bano, mantém FDI e dermatofia já descritos.

A Rita tinha uma lesão muito forte c/ a mãe (pais separados). A mãe suicidou-se em Fev. 2016, ficando a Rita aos cuidados do pai e da avó materna. Desde aí, ~~for~~ levantou-se uma suspeita de abuso sexual por parte de um amigo da família, frequentador da casa da avó da Rita. Além disso, a Rita teve cair da janela do quarto (acidente) tendo fraturado a anca à dte. Por impossibilidade de prestação de cuidados necessários por parte da família, a Rita foi internada no Kastel, onde se encontra ainda à data de hoje.

Costa do Kastel e segue-se muito às mães dos outros menores. O pai visita frequentemente.

Anexa última consulta de Neurodesenvolvimento.

Falei c/ o pai de Rita à propósito do trabalho dos sustentáveis que estamos a fazer no Serviço. Anteriormente utilizáramos os dados e as fotografias da Rita para o trabalho.

Trabalho ao dispa.

mãe internada no Kastel, mas vem à consulta

Anabela Bano
CP58630