

**Formulário de requisição de Exame XomeDx para familiares da GeneDx (XomeDx family member requisition)
Para Membros da Família (Family Member)**

Informações do Paciente (Patient Information)

Nome (First Name) _____ Sobrenome (Last Name) _____
Sexo (Gender): Feminino (Female) Masculino (Male)
RG: _____ CPF: _____
Cidade: _____
Endereço: Rua / Av: _____ N° _____ Compl: _____
Telefone: () _____ - _____
Data de nascimento (dd/mm/aa) (Date of birth - dd/mm/yy)
Ascendência Sul- Americana segundo IBGE (www.ibge.gov.br):
(The South American ancestry according to IBGE (www.ibge.gov.br) :
 Branco (White) Indígena (Indían) Negro (African American)
 Amarela (Asian) Pardo (Pardo) Outra (Other)
Nome (Name) _____
E-mail _____

**Informações sobre o Médico requisitante
(Ordering Physician Information)**

Nome (Name) _____
Número de Cadastro na testesgeneticos.com.br:
(Registration number in testesgeneticos.com.br) _____
N° do CRM (NPI#) _____

TestRequested

561: XomeDx (no separate report)

**Campo a ser preenchido pela Testes Genéticos
Informações da Amostra (Sample information)**

Número do Pedido: (Order number) _____
Identificação da Amostra (Sample Identification): _____
Data de obtenção (dd/mm/aa) (Date Sample Obtained (dd / mm / yy) _____
Tipo da amostra: (Sample Type)
 Sangue em EDTA Tubo de 2-5 mL (Blood in EDTA 2-5 ml top tube)
Nome do probando: (Proband's name): _____
Relação com o probando (Relationship to proband): _____

Consentimento

Ao encomendar o teste, o médico ou profissional autorizado reconhece ter fornecido informações sobre testes genéticos ao membro da família, ter dado consentimento para testes genéticos a serem realizados e que o termo de consentimento assinado encontra-se neste documento.

O membro da família compreende que o teste está sendo realizado com a finalidade de auxiliar na análise de seu familiar (proband). Além disso, o membro da família também entende que apenas um relatório, ser gerado para o probando que é possível que este infira informações sobre os resultados dos membros da família, com base no relatório do probando. O membro da família não receberá uma cópia deste relatório, nem um relatório específico de seus resultados genéticos. O status de carreador de quaisquer achados incidentais reportados ao probando será fornecido também aos familiares testados pelo XomeDx. Familiares submetidos à análise de segregação alvo, apenas, não receberão o status de carreador. Por favor, consulte a página 2 para obter detalhes sobre os Achados Incidentais e a opção de não recebimento dos mesmos.

Assinatura do médico: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do paciente: _____

Data: ___/___/___

**Formulário de requisição de Exame XomeDx para familiares da GeneDx (XomeDx family member requisition)
Para Membros da Família (Family Member)**

Formulário de Achados Incidentais e Opção de Não Recebimento

Não assine este formulário se você quiser receber os achados incidentais. Veja abaixo os detalhes:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Uma vez que muitos genes e diferentes condições são analisadas no teste XomeDx, este teste pode revelar alguns resultados que não estão diretamente relacionados com o motivo da encomenda do WES. Tais achados são chamados de "incidentais" ou "secundários" e podem fornecer informações inesperadas.

Achados incidentais são variantes, identificadas pelos testes XomeDx ou XomeDxPlus, em genes que não estão relacionados às características clínicas do indivíduo reportadas.

O ACMG recomenda que os achados incidentais identificados nos 57 genes associados às várias doenças hereditárias sejam relatados a todos os probandos submetidos sequenciamento completo do exoma. Por favor, consulte as Recomendações do ACMG para a Comunicação de achados incidentais no Relatório de Sequenciamento Genômico Clínico do exoma para detalhes completos dos genes e das doenças genéticas associadas. Achados incidentais reportáveis serão confirmados por um método de ensaio alternativo.

O QUE SERÁ RELATADO AO PROBANDO ?

- Todas as variantes sabidamente patogênicas identificadas nos exons codificantes (para o qual o mínimo de 10x de cobertura foi alcançado pelo Teste XomeDx) dos 57 genes recomendados pelo ACMG.
- Variantes sabidamente patogênicas identificadas nos exons codificantes (para o qual o mínimo de 10x de cobertura foi alcançado pelo Teste XomeDx) em 41 dos 57 genes, conforme recomendado pela ACMG.

O QUE SERÁ RELATADO AOS FAMILIARES (SE TESTADOS PELO XomeDx) ?

- A presença ou ausência de quaisquer achados incidentais reportados para o probando serão fornecidos para todos os parentes testados pelo XomeDx. Parentes submetidos à análise de segregação alvo apenas não receberão o status.

LIMITAÇÕES

- Variantes patogênicas podem estar presentes numa porção do gene não abrangida por este ensaio e, por conseguinte, não são relatadas.

A ausência de achados incidentais relatáveis para qualquer gene particular não significa que não existem variantes patogênicas naquele o gene.

- Variantes patogênicas que possam estar presentes em um familiar, mas não estão presentes no probando, não serão identificadas ou relatadas.

- Apenas as alterações ao nível da sequência serão relatadas no relatório de achados incidentais. Deleções/ duplicações mais longas, metilação anormal, repetições triplas e outras mutações expandidas, ou outras variantes não rotineiramente identificadas pelo sequenciamento completo do exoma não serão relatados.

A assinatura deste formulário confirma o seu pedido para optar pelo não recebimento de achados incidentais sem relação com o motivo clínico para a realização XomeDx.

BRCM:

NOME DO MÉDICO:

BRPTG:

Formulário de requisição de Exame XomeDx para familiares da GeneDx (XomeDx family member requisition)
Para Membros da Família (Family Member)

SOLICITAÇÃO PARA O NÃO RECEBIMENTO DE ACHADOS INCIDENTAIS

Eu escolho não receber a informação não relacionada ao motivo específico para o qual meu médico solicitou o teste XomeDx ou o teste XomeDxPlus

Paciente ou responsável: _____

Data: ____/____/____

Declaro que forneci aconselhamento genético para este paciente/ família deste paciente sobre as implicações de receber achados incidentais.

Declaro que expliquei os potenciais benefícios e limitações de receber achados incidentais, e respondo as questões deste paciente.

Médico Requisitante : _____

Data: ____/____/____

Opções de pagamento: (Payment options:)

- Realizei o pagamento da taxa de coordenação Valor: _____
- Realizei o pagamento da taxa de transporte Valor: _____
- Realizei o pagamento do paypal da GeneDx Valor (Amount): _____
(I performed the payment of paypal GeneDx)

Cartão de crédito utilizado para o pagamento das taxas (Credit card charged the full amount for PAYPAL PAYMENT)

MasterCard Visa Outro: _____

Nome da forma que está escrita no cartão (Name as it appears on card):

Data de expiração (Expiration date): ____/____

Todas as notas fiscais serão enviadas para o paciente: (All invoices will be sent to the patient:)

Nome (Name): _____

E-mail: _____

Assinatura (Signature): _____ Data (Date): ____/____/____