

Consentimento informado para a realização de testes genéticos

A minha assinatura neste consentimento informado certifica que:

1. Eu realizo de forma voluntária este teste genético.
2. Eu fui informada/o sobre o propósito da realização deste teste genético.
3. Eu tive a oportunidade de discutir com o meu médico assistente todos os benefícios, riscos e limitações deste teste genético. Eu tive a oportunidade de ver esclarecidas todas as minhas dúvidas.
4. Eu percebo que a minha amostra biológica (sangue) vai-me ser retirada usando técnicas normalizadas e que o procedimento apresenta um risco muito pequeno para a minha saúde.
5. Eu entendo que o teste genético que vou realizar é específico para a patologia que está a ser avaliada e que em caso algum garante a minha saúde ou a saúde dos meus descendentes.
6. Eu confirmo que fui informada/o sobre quem poderá ter acesso à minha amostra de ADN. O laboratório de genética não devolve a minha amostra de ADN, nem a mim nem a terceiros. No entanto, em casos particulares, pode ser possível ao laboratório re-analisar o meu ADN. Os pedidos para re-análise têm custos adicionais.
7. Eu compreendo o significado dos possíveis resultados e fui informada/o sobre a forma como terei acesso aos meus resultados.
8. Eu fui informada/o sobre quem terá acesso aos resultados do meu teste genético. Eu percebo que os meus resultados apenas me serão entregues e explicados por um médico ou profissional de saúde, devido às implicações que podem advir de um teste genético. O resultado do meu teste genético é confidencial e apenas poderá ser entregue a terceiros, com o meu consentimento expresso. Os dados pessoais e laboratoriais são confidenciais e nunca serão divulgados.
9. **Processamento de dados**
Eu compreendo e dou o meu expresso consentimento ao processamento dos meus dados pessoais e clínicos, de acordo com

os termos da lei nr. 67/98, de 26 de Outubro (Lei Portuguesa de proteção de dados), no contexto da realização deste teste genético.

Eu compreendo que os meus dados vão ser processados pela empresa HeartGenetics por forma a poder realizar este teste genético.

Eu compreendo e aceito que a informação genética associada aos resultados do teste (sem a minha identificação e contatos pessoais) vai ser guardada numa base de dados com o propósito de desenvolver estudos de investigação na área das patologias cardiovasculares e das doenças genéticas. Esta informação pode, neste contexto, ser comunicada a médicos, investigadores e outros profissionais certificados na área da genética (incluindo entidades localizadas fora do território Europeu). Esta informação genética pode também ser disponibilizada ao *Conselho de Fiscalização da Base de Dados de Perfis de ADN*, de acordo com a Lei nr. 40/2013, datada de 25 de Junho e a quaisquer outras pessoas ou entidades sempre e nos termos estabelecidos pela lei, por forma a assegurar o cumprimento das obrigações legais aplicáveis.

Nenhuma informação será impressa ou disponibilizada descobrindo a minha identidade, sem o meu expresso consentimento informado por escrito e medidas de gestão e físicas serão implementadas por forma a proteger a confidencialidade dos meus dados.

A qualquer momento, eu tenho o direito de aceder, atualizar e/ou eliminar os meus dados pessoais, através do envio de um email para o seguinte endereço: contact@heartgenetics.com

Através da assinatura deste consentimento informado eu aceito os termos e propósitos apresentados para o processamento dos meus dados pessoais, clínicos e genéticos.

Consentimento informado

Nome e assinatura do propósito ou representante legal

Data

Declaração do médico

EU EXPLIQUEI O PROCEDIMENTO RELATIVO AO TESTE GENÉTICO A ESTE INDIVÍDUO. EU EXPLIQUEI OS NOVE ITEMS DESCRITOS NESTE DOCUMENTO E RESPONDI A TODAS AS QUESTÕES QUE ME FORAM COLOCADAS.

Assinatura do médico

Data

Consentimento para estudos de investigação

A MINHA ASSINATURA NESTE DOCUMENTO INDICA QUE PERCEBI, SEM QUALQUER DÚVIDA, A INFORMAÇÃO RELATIVA À PERMISSÃO DA MINHA AMOSTRA BIOLÓGICA, DADOS CLÍNICOS E GENÉTICOS SEREM UTILIZADOS EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO E TAMBÉM QUE PERCEBI E ACEITO OS TERMOS E PROPÓSITOS PARA O PROCESSAMENTO DOS MEUS DADOS PESSOAIS NESTE CONTEXTO. NO ENTANTO, ESTE CONSENTIMENTO NÃO RETIRA DE FORMA ALGUMA OS MEUS DIREITOS LEGAIS OU ELIBA OS INVESTIGADORES DAS SUAS RESPONSABILIDADES LEAGIS E PROFISSIONAIS. EU SOU LIVRE DE RETIRAR OS MEUS DADOS DE QUALQUER ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO A QUALQUER ALTURA. O MEU NOME NÃO SERÁ NUNCA UTILIZADO EM QUALQUER PROJETO DE INVESTIGAÇÃO E NÃO SERÁ NUNCA POSSÍVEL LIGAR OS RESULTADOS PUBLICADOS DA INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDA, À MINHA AMOSTRA BIOLÓGICA.

Nome e assinatura do propósito ou representante legal

Data