

Declaração ao paciente sobre aconselhamento genético

Seu provedor de serviços de saúde encaminhou você para Natera para aconselhamento genético. O aconselhamento genético é o processo de ajudar as pessoas a compreender e se adaptar às implicações médicas, psicológicas e familiares das contribuições genéticas para as doenças. A Natera é uma empresa de diagnósticos que oferece testes, além de serviços de aconselhamento genético. O conselheiro genético que conduzirá sua sessão de aconselhamento genético é contratado pela Natera.

Sua consulta de aconselhamento genético ocorrerá por vídeo. Compreendo que a política da Natera é não permitir qualquer gravação (áudio ou vídeo) de sessões de aconselhamento genético. Durante a sessão, o conselheiro genético fará perguntas sobre seu histórico médico pessoal e familiar. Se você estiver grávida, o conselheiro genético também pedirá o histórico médico pessoal e familiar de seu parceiro ou outro(s) pai(s) biológico(s) da gravidez. Com base nessas informações, o conselheiro genético discutirá os possíveis riscos para as condições genéticas/médicas identificadas que podem afetar você e/ou seus filhos.

É sua responsabilidade fornecer informações precisas e completas ao conselheiro genético. Os riscos fornecidos pelo conselheiro genético dependem da exatidão das informações que você fornece. Em alguns casos, o conselheiro genético pode solicitar que você obtenha resultados de testes genéticos ou registros médicos de outro provedor de saúde ou de um membro da família. É sua responsabilidade enviar todos os registros solicitados ao conselheiro genético.

O conselheiro genético explicará os testes disponíveis para você. Essa explicação incluirá os benefícios, limitações e riscos associados aos testes. O teste é opcional. É sua escolha se você tem ou não algum dos testes discutidos.

Se você decidir que qualquer um dos testes será discutido durante a sessão de aconselhamento genético, é sua responsabilidade fazer o acompanhamento com o seu médico, que solicitará o(s) teste(s). Seu provedor de serviços de saúde é responsável por selecionar o laboratório que executará o(s) teste(s). A maioria dos resultados do teste está disponível em 2 a 3 semanas. Se não entrarem em contato com você para dar os resultados após 3 semanas, consulte o seu médico.

O Aviso de Práticas de Privacidade (NPP, Notice of Privacy Practices) da Natera descreve como a Natera pode usar e divulgar suas informações de saúde protegidas e que a Natera se reserva o direito de alterar tais práticas. Você também pode acessar o NPP online em www.natera.com/natera-notice-of-privacy-practices.

Os encargos da sessão de aconselhamento genético são separados dos encargos do seu provedor de saúde. A Natera cobrará sua seguradora se você fornecer informações sobre o plano de saúde. Você será responsável pelo pagamento de qualquer saldo remanescente, franquia, copagamento e/ou cosseguro.



Conceive. Deliver. Thrive.

Questionário de aconselhamento genético reprodutivo

Informação do paciente

Sobrenome: _____ Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Informações do parceiro

Sobrenome: _____ Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Provedor de cuidados de saúde de referência

Nome do Provedor de Cuidados de Saúde (Obstetra/ginecologista primário): _____

Nome da clínica: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Informações sobre plano de saúde

- Pagamento direto para a seguradora
- Pagamento pelo segurado

Seguradora: _____

Número de grupo: _____ ID do segurado: _____

Nome do segurado: _____

Informações sobre a gestação

Você está grávida? Sim/Não/Não sabe Quando é a data prevista de nascimento? _____

O seu parceiro é o pai/mãe biológico desta gestação? Sim/Não/Não sei

Você usou um doador de espermatozoides e/ou óvulo para conseguir esta gestação? Sim/Não/Não sei

Esta é a sua primeira gestação? Sim/Não/Não sei

Se não for, preencha a tabela a seguir:

Histórico da gestação

Data do parto	Nascido a termo ou prematuro	Semanas de gestação	Gênero biológico (M/F)	Desfecho (sem intercorrências, complicações, etc)

Informações para teste

Você ou seu parceiro reprodutivo realizaram exames para portadores? Sim/Não/Não sei

Você ou seu parceiro reprodutivo fizeram testes de cromossomos no sangue? Sim/Não/Não sei

Você ou seu parceiro reprodutivo fizeram algum outro tipo de teste genético? Sim/Não/Não sei

Se a resposta for sim, explique: _____

Se grávida, você fez algum teste durante a gravidez? Sim/Não/Não sei

Se a resposta for afirmativa, marque todas as opções aplicáveis:

- Ultrassom
- Triagem de sangue/soro para síndrome de Down e/ou defeitos do tubo neural e/ou triagem pré-natal não invasiva para anomalias cromossômicas
- Amostra de vilosidade coriônica (CVS)
- Amniocentesis
- Outros: _____

Medicações/exposições

Se grávida, você usou ou foi exposta a qualquer um dos seguintes:

- Cigarro
- Álcool
- Medicamentos estimulantes
- Raios X (que não sejam odontológico)
- Medicamentos que não sejam vitaminas pré-natais e analgésicos de venda livre
- Outros: _____

Você toma algum medicamento regularmente? Sim/Não/Não sei

Se a resposta for sim, liste todos os medicamentos que você tomou desde a concepção (exceto vitaminas pré-natais e Tylenol) na tabela abaixo.

Medicamento	Condição médica	Dose	Datas de administração

Histórico familiar

De quais países seus ancestrais e de seu parceiro vieram ou a que grupos raciais/étnicos você e seu parceiro identificam?

Paciente _____ Parceiro _____

Você e seu parceiro são parentes de sangue? Sim/Não/Não sei

Você ou seu parceiro são adotados? Sim/Não/Não sei

Você ou seu parceiro têm histórico pessoal ou familiar de alguma das seguintes condições? Marque todas as opções aplicáveis.

- Síndrome de Down ou outro problema cromossômico
- Deficiência intelectual, atraso no desenvolvimento ou autismo
- Fibrose cística
- Amiotrofia espinhal, distrofia muscular ou outra doença neuromuscular
- Doença falciforme ou traço
- Hemofilia ou outro distúrbio de coagulação do sangue
- Distúrbio esquelético
- Epilepsia, convulsões
- Defeito do tubo neural, como espinha bífida (espinha aberta)
- Defeito cardíaco no nascimento
- Cegueira ou surdez
- Dois ou mais abortos espontâneos, natimorto ou morte infantil
- Infertilidade
- Defeito de nascença não listado acima (explique) _____
- Condição genética não listada acima (explique) _____
- Condição médica séria não listada acima (explique) _____

Confirmação do paciente

Li (ou pedi para alguém ler para mim) a Declaração ao Paciente sobre Aconselhamento Genético. As informações fornecidas neste formulário são corretas e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento. A Natera pode usar as informações aqui incluídas para entrar em contato comigo para acompanhamento clínico, resultados, questões de faturamento/cobrança e produtos, serviços ou estudos relacionados à saúde. Posso cancelar o contato não clínico marcando esta caixa.

Ao marcar esta caixa, dou permissão à Natera para discutir minhas informações de saúde com meu parceiro (listadas aqui).

Assinatura do paciente: _____

Data: _____