

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização do estudo cromossômico de material de Vilosidades Coriônicas e/ou Líquido Amniótico, sabendo que:

- O cariótipo fetal completo pela citogenética clássica depende da presença de quantidade adequada de Vilo Corial.
 - Em casos em que a quantidade de material for insuficiente para o estudo, uma coleta poderá ser realizada sem ônus laboratoriais para a paciente.
 - Casos em que o estudo em Vilosidades Coriônicas não for conclusivo, novo estudo em Líquido Amniótico poderá ser solicitado para esclarecimentos do achado.
 - O Líquido Amniótico depende de células viáveis para cultivo in vitro. A presença de sangue muitas vezes prejudica o crescimento celular. Casos em que for detectado crescimento insatisfatório, nova coleta poderá ser realizada sem ônus laboratorial para a paciente.
 - Resultados em amostra de vilo corial discordantes de achados clínicos e/ou Ultra-Sonográficos podem ser confirmados em amostra de Líquido Amniótico a critério clínico.
- Autorizo o uso da minha amostra biológica de forma anônima em publicações científicas e validações realizadas pelo laboratório. É importante ressaltar que a amostra é utilizada em caráter sigiloso, não sendo, em nenhum momento, revelada a identidade do paciente.
- Não autorizo a divulgação dos resultados em publicações científicas nem a utilização do material biológico.

Nenhuma informação pessoal é compartilhada, abrangendo dados para contato, informações e dados do paciente, em concordância com Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709/2018.

Após ler e entender o exposto acima autorizo a realização do exame

Assinatura de autorização: _____

Nome legível do Portador que autorizou (se pertinente) _____

Carteira de identidade: _____ Grau de parentesco: _____



DADOS DA PACIENTE

| | | | | | | |
|----------|-------------------|---------------|-----------------------------------|--------|--------------------|--|
| Nome | | | | | Data de Nascimento | |
| TN | Nº. de gravidezes | Nº. de Partos | Nº. de Abortos | e-mail | Telefones | |
| Endereço | | | | | | |
| CEP | | | CPF (para emissão de nota fiscal) | | | |



ANÁLISES SOLICITADAS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em Vilo Corial - Convencional | <input type="checkbox"/> Molecular para Toxoplasmose (Qualitativo) |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em Vilo Corial – Teste Rápido | <input type="checkbox"/> Molecular para Citomegalovírus (Qualitativo) |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo em Líquido Amniótico | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Triagem Molecular 13, 18 e 21 | |



DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome (completo): _____

Telefones: (____) _____ e-mail: _____