

TERMO DE CONSENTIMENTO INVESTIGAÇÃO GENÉTICA DAS PERDAS FETAIS

Observações: As seções sinalizadas com (*) são de preenchimento obrigatório para a realização do exame. A ausência dos dados clínicos pode comprometer a conclusão do exame e será citada no resultado.

Autorizo a realização do estudo cromossômico em material de perda gestacional, sabendo que:

- O cariótipo Fetal obtido através da Citogenética Clássica é sempre uma tentativa científica no intuito de obter informações sobre as possíveis causas da perda fetal. Ele auxilia o médico no aconselhamento genético do risco de novas perdas, do nascimento de bebê com anormalidades cromossômicas, além de haver indicação para realização de diagnóstico pré-natal em vilo corial ou líquido amniótico em futuras gravidezes.
- O cariótipo fetal através da Citogenética Clássica só é possível ser determinado e analisado quando existem células vivas que respondem a cultura celular in vitro realizada no laboratório. Estatisticamente (literatura internacional), há sucesso em 70% dos casos. É importante saber que em aproximadamente 30% dos exames de citogenética clássica não podem ser conclusivos por motivos que não dependem do laboratório.
- O resultado do exame por Citogenética Clássica depende do estado do material fetal. A presença de contaminação, a adição de álcool ou formol inviabilizam o estudo citogenético clássico.

Li e entendi que o pagamento do exame não está vinculado à obtenção do Cariótipo Fetal pela Citogenética Clássica, pois o Laboratório realizará procedimentos complexos e dispendiosos e só saberá se as células fetais eram viáveis ou não ao final dos mesmos.

() 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) _____

*CPF: _____ Grau de parentesco: _____

*Nome da mãe (paciente) _____ *Nome social _____

*Telefone _____ * Idade Gestacional: _____

*Data de Nascimento _____ * Telefone para contato _____ *e mail _____

EXAMES SOLICITADOS

- () Cariótipo
() Triagem Molecular – CBM 7 L - Cromossomos 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, X, Y.
() Triagem Molecular – CBM 5 L - Cromossomos 13, 16, 18, 21, 22, X, Y. () Outros: _____

EXAMES GENÉTICOS ANTERIORES

- () Sexagem Fetal – Sexo: _____
() NIPT – Resultado: _____ () Outros: _____.

***DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE**

*Nome (completo): _____

*CRM: _____ *Tel.: () _____ *e-mail: _____

Autorizo o envio do resultado para o meu médico assistente?

() Sim () Não