

TERMO DE CONSENTIMENTO VILO CORIAL E LÍQUIDO AMNIÓTICO

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 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 solicitada 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, com custo adicional para a paciente.
- 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 solicitada 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) _____

CPF: _____ Grau de parentesco: _____

***DADOS DO PACIENTE**

*Nome completo: _____

*CPF: _____ *Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA) __/__/____

*Sexo: () Masculino () Feminino () Indeterminado *Telefone para contato: () _____

*TN _____ *Nº de Gravidezes: _____ *Nº de partos: _____ *Nº de abortos: _____ *Idade Gestacional _____

*Nome completo da mãe: _____

*Endereço: _____

*E-mail: _____ *Material coletado: _____

Gestacional

- | | |
|---|--|
| () Cariótipo de Vilo Corial – Convencional | () Molecular para Toxoplasmose (Qualitativo) |
| () Cariótipo de Vilo Corial – Teste Rápido | () Molecular para Citomegalovírus (Qualitativo) |
| () Cariótipo em Líquido Amniótico | () Outros: _____ |
| () Triagem Molecular 13, 18 e 21 | |

***DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE**

*Nome (completo): _____

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

Autorizo o envio do resultado para o meu médico assistente?

() Sim () Não