

TERMO DE CONSENTIMENTO CITOGÉNÉTICA

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.

*DADOS DO PACIENTE:

*Nome completo: _____
*CPF: _____ *Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA) ____/____/____
*Sexo: () Masculino () Feminino *Telefone para contato: () _____
*Nome completo da mãe: _____
Nome completo do responsável (se menor de idade): _____
Endereço: _____
*E-mail: _____ *Material coletado: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Cariótipo em sangue com banda G () Cariótipo Pré-natal (Vilocorial)
() Cariótipo em sangue com Alta Resolução () Cariótipo Pré-natal (Líquido Amniótico)
() Cariótipo de Material de Aborto () Cariótipo de Sangue de cordão (Cordocentese)
() Cariótipo em Medula

INDICAÇÕES:

() Suspeita de Síndrome de Down (Trissomia 21) () Amenorréia Primária
() Suspeita de Trissomia 13 (Síndrome de Patau) () Desenvolvimento sexual anormal
() Suspeita de Trissomia 18 (Síndrome de Edwards) () Suspeita de Síndrome de Klinefelter
() Malformações () Suspeita de Leucemia
() Retardo Psicomotor () Pesquisa de Cromossomo Philadelphia
() Retardo de Crescimento () Casais com 2 ou mais Perdas Fetais
() Infertilidade () Outros (especificar): _____

INDICAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

() Grávidas com 35 anos ou mais (independente do resultado de translucência nucal).
() Grávida jovem com translucência nucal aumentada ou teste tríplice alterado.
() Malformação fetal ao ultra-som.
() Retardo de crescimento fetal.
() Grávida com história de 2 ou mais perdas de gravidez sem diagnóstico.
() Grávida com perda de gravidez anterior devido à anomalia cromossômica.
() Paciente com gravidez interrompida ou ovo cego.
() Ansiedade materna ou paterna.

*DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

*Nome (completo): _____
*CRM: _____ *Tel.: () _____ *e-mail: _____
Autorizo o envio do resultado para o meu médico assistente? () Sim () Não

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

Assinatura do Paciente ou responsável - data

