

### Informações do Paciente

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Data Nasc. \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

Idade Gestacional \_\_\_\_\_

Semanas \_\_\_\_\_

Dias \_\_\_\_\_

Determinada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

por:

ULTRA

FIV

DUM

Medida do CCN (mm) \_\_\_\_\_

Data U.S. \_\_\_\_\_

Data da última menstruação \_\_\_\_\_

Data do provável parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Determinada por:

ULTRA

FIV

DUM

Dados da Gestante \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

Gestação por Fertilização *in vitro* (FIV)

Sim

Não

Uso de óvulos doados?  Sim - Data de nascimento da doadora \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Não

### Solicitação Médica

Exame Solicitado

Prenateste (Detecção de trissomia dos cromossomos 21, 13, 18 e aneuploidias de X e Y).

Sexagem Fetal - incluso no exame (Para que o sexo do feto seja relatado no laudo esta opção deve ser obrigatoriamente assinalada).

Instituição: \_\_\_\_\_

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Indicação Clínica

Triagem em gestante sem fatores de risco

Gestação com idade materna avançada

Rastreamento Bioquímico alterado

História familiar de gestação com alterações cromossômicas. Qual? \_\_\_\_\_

Outra: \_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo do Médico

Etiqueta de Identificação

Data da Solicitação

Data e hora da Coleta

## Termo de Consentimento Informado

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

**O exame só será realizado mediante recebimento deste termo preenchido e assinado.**

Nome da gestante: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, (ou representante abaixo assinado), livremente solicito e autorizo o DLE - Medicina Laboratorial a realizar o exame não invasivo PRENATESTES<sup>TM</sup>, por meio de análise de amostra de sangue de mim obtido por punção venosa.

Estou ciente que:

- O exame somente poderá ser realizado a partir de 10 semanas completas e confirmadas de gravidez.
- O exame pode ser realizado em pacientes com gestações originárias de fertilização in vitro (FIV) incluindo aquelas com uso de óvulo de doadora.
- O exame não pode ser realizado em pacientes com gestações gemelares ou múltiplas.
- O exame analisa as alterações numéricas dos cromossomos 13, 18, 21, X e Y.
- Anormalidades em outros cromossomos ou relacionadas a apenas uma parte dos cromossomos analisados não podem ser excluídas por este exame.
- O exame não é capaz de diferenciar entre casos de mosaicismos confinados à placenta, casos de mosaicismos fetais ou casos de mosaicismos maternos.\*
- Caso eu tenha optado, o gênero do feto será informado como feminino ou masculino de acordo com a presença ou ausência do cromossomo Y ou que não confirma a presença ou ausência de SRY (região sexual Y).\*\*
- O resultado desse exame não elimina a possibilidade de a gravidez estar associada a outras anormalidades cromossômicas, outras doenças genéticas, defeitos de nascimento ou outras complicações.
- Em caso de haver quantidade insuficiente de DNA fetal na amostra (Baixa Fração Fetal), será necessária nova coleta de amostra de sangue materno sem custo adicional caso a amostra tenha sido colhida no período correto da gestação (a partir de 10 semanas completas) e enviado ao Laboratório DLE dentro de no máximo 24 horas após a coleta.
- Meu sangue será submetido ao sequenciamento genético do DNA fetal livre e do DNA materno e analisado com software específico.
- Todo o material biológico colhido e enviado ao Laboratório DLE não estará disponível para retirada.
- Como em toda coleta de sangue há riscos mínimos de efeitos adversos como desmaios, tontura, sangramentos ou hematomas no local da punção e infecção.

Os riscos, benefícios e limitações do PRENATESTES<sup>TM</sup> foram explicados para mim de forma ampla, clara e satisfatória. Eu declaro que li este formulário de consentimento. A minha assinatura neste documento constitui permissão para a realização do exame genético. A análise da amostra contendo material genético somente terá início mediante o envio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a autorização para o exame.

Atesto a veracidade das informações acima descritas.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da gestante ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Vinculação Legal ou Parentesco

CPF do Responsável: \_\_\_\_\_

\* O mosaicismos caracteriza-se pela presença simultânea de células normais e afetadas

\*\* Gene que desencadeia o processo de formação de testículos no feto masculino