

# Cariótipo

## Biópsia de Pele (Fibroblastos)

### Termo de Consentimento Informado

Via Laboratório DLE

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo que seja feito a análise do meu cariótipo, ou seja, análise do conjunto de cromossomos na amostra coletada.

#### EXAME

- Trata-se de um exame com o propósito de determinar se sou portador de alterações cromossômicas causadora de quadro clínico constitucional ou adquirido (hematológico), bem como o risco de ser afetado ou ter filhos portadores de alteração cromossômica. Salientando que o resultado pode ser sugestivo de doença diferente da originalmente considerada.
  - Caso a amostra coletada seja considerada pelo laboratório inadequada para o exame poderá ser solicitado recoleta da mesma.
  - Além disso, por se tratar de um exame que depende do crescimento celular, mesmo amostras recebidas em condições favoráveis podem não apresentar crescimento celular in vitro e resultar em recoleta.
  - Entendo que são limitações técnicas do teste:
    - Mosaicismo com baixa porcentagem (presença de duas linhagens celulares);
    - Anomalias cromossômicas submicroscópicas (microalteração não visível em microscopia);
    - Mutações moleculares (gênicas).
- Assim, mesmo diante de um resultado de cariótipo normal posso ser portador de alterações não detectadas por esse teste, que pode ser complementado por outros testes laboratoriais a critério médico.
- Ao interpretar os resultados, também deve-se considerar que algumas alterações cromossômicas podem não estar associadas a defeitos congênitos. E que algumas anormalidades equilibradas nos pais, quando herdadas de forma desequilibrada, podem resultar em defeitos congênitos nos filhos. Por isso a eventual necessidade de cariótipo dos genitores.
  - O resultado do exame é confidencial e será enviado diretamente ao médico ou ao paciente.
  - A amostra será utilizada somente para o exame solicitado. Alguns materiais podem ser guardados fixados para exames posteriores, se houver viabilidade do material.
  - Foi-me explicado o porquê da realização deste exame e as limitações do resultado, e compreendo a responsabilidade de obter auxílio médico na interpretação do resultado.
  - De acordo com a informação recebida dou meu consentimento pra realização do exame e utilização dos dados clínicos associados.

#### CONSENTIMENTO

Os riscos, benefícios e limitações do teste 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 teste em amostra colhida de mim ou de pessoa sob a minha guarda legal, indicada acima.

A análise da amostra somente terá início mediante o envio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a autorização para o teste.

Atesto a veracidade das informações acima descritas.

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

Etiqueta de Identificação

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

#### DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do cariótipo.

Nome (completo) \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# Cariótipo

## Biópsia de Pele (Fibroblastos)

### Termo de Consentimento Informado

Via Cliente

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo que seja feito a análise do meu cariótipo, ou seja, análise do conjunto de cromossomos na amostra coletada.

#### EXAME

- Trata-se de um exame com o propósito de determinar se sou portador de alterações cromossômicas causadora de quadro clínico constitucional ou adquirido (hematológico), bem como o risco de ser afetado ou ter filhos portadores de alteração cromossômica. Salientando que o resultado pode ser sugestivo de doença diferente da originalmente considerada.
  - Caso a amostra coletada seja considerada pelo laboratório inadequada para o exame poderá ser solicitado recoleta da mesma.
  - Além disso, por se tratar de um exame que depende do crescimento celular, mesmo amostras recebidas em condições favoráveis podem não apresentar crescimento celular in vitro e resultar em recoleta.
  - Entendo que são limitações técnicas do teste:
    - Mosaicismo com baixa porcentagem (presença de duas linhagens celulares);
    - Anomalias cromossômicas submicroscópicas (microalteração não visível em microscopia);
    - Mutações moleculares (gênicas).
- Assim, mesmo diante de um resultado de cariótipo normal posso ser portador de alterações não detectadas por esse teste, que pode ser complementado por outros testes laboratoriais a critério médico.
- Ao interpretar os resultados, também deve-se considerar que algumas alterações cromossômicas podem não estar associadas a defeitos congênitos. E que algumas anormalidades equilibradas nos pais, quando herdadas de forma desequilibrada, podem resultar em defeitos congênitos nos filhos. Por isso a eventual necessidade de cariótipo dos genitores.
  - O resultado do exame é confidencial e será enviado diretamente ao médico ou ao paciente.
  - A amostra será utilizada somente para o exame solicitado. Alguns materiais podem ser guardados fixados para exames posteriores, se houver viabilidade do material.
  - Foi-me explicado o porquê da realização deste exame e as limitações do resultado, e compreendo a responsabilidade de obter auxílio médico na interpretação do resultado.
  - De acordo com a informação recebida dou meu consentimento pra realização do exame e utilização dos dados clínicos associados.

#### CONSENTIMENTO

Os riscos, benefícios e limitações do teste 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 teste em amostra colhida de mim ou de pessoa sob a minha guarda legal, indicada acima.

A análise da amostra somente terá início mediante o envio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a autorização para o teste.

Atesto a veracidade das informações acima descritas.

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

Etiqueta de Identificação

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

#### DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Dados do médico autorizado por mim para receber os resultados e/ou laudo do cariótipo.

Nome (completo) \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Tel.(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_