

Cariótipo

Sangue Periférico e Medula Óssea

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 de: () Sangue periférico () Biópsia de medula óssea: (procedimento médico).

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 teste genético.

Nome (completo) _____

Especialidade: _____ CRM _____

Tel.(____) _____ e-mail _____

Endereço _____ CEP _____ - _____

Cariótipo

Sangue Periférico e Medula Óssea

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 de: () Sangue periférico () Biópsia de medula óssea: (procedimento médico).

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 teste genético.

Nome (completo) _____

Especialidade: _____ CRM _____

Tel.(____) _____ e-mail _____

Endereço _____ CEP _____ - _____