

## Pesquisa de Quebras Cromossômicas com DEB



## 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:	_//_	Se	KO:
Eu,	, concordo	gue seia reali	zado o car	ótipo, ou seia, análise do
conjunto de cromossomos na amostra coletada.		que seja i ean	Ludo o cui	o np o, o a seja, ananse ao
<ul> <li>Esse exame é indicado para detecção de alterações cromossômicas numé Salientando que o resultado pode ser sugestivo de quadro clínico diferente o O material a ser coletado será definido pelo médico de acordo com a sema amniótico ou sangue de cordão umbilical em procedimento médico orienta</li> <li>O laboratório poderá solicitar coleta de nova amostra (ou outro tecido) se a condições favoráveis não apresentar crescimento celular in vitro após alguns</li> <li>Em caso de vilo corial o prazo de 10 dias pode ser extendido para 30 dias de mosaicismo e presença de anormalidades cromossômicas em células da pla</li> <li>Amostra de cordocentese será verificado hemoglobina fetal para constatar a</li> </ul>	da originalmente considerada. ina gestacional em que o exan ado por ultrassonografia. a amostra enviada estiver inad s dias de cultura. ivido à necessidade de cultura icenta que não ocorrem nas cé	ne for realizad equada para celular proloi	lo. Será col o exame o	etado Vilo corial, Líquido u a amostra recebida em
RESULTADO				
<ul> <li>Um cariótipo normal não exclui a possibilidade de defeitos congênitos, tais of a Mosaicismo com baixa porcentagem (presença de duas linhagens celula a Anomalias cromossômicas submicroscópicas (microalteração não visíve a Mutações moleculares (gênicas);</li> <li>Outros fatores ambientais, tais como exposição a agentes teratogênicos.</li> <li>Os médicos devem informar sobre as limitações técnicas deste exame e a possi complementares.</li> <li>Ao interpretar os resultados, também deve-se considerar que algumas alterações anormalidades equilibradas nos pais, quando herdadas de forma desequilibrada, paraiótipo dos genitores.</li> <li>O resultado do exame é confidencial e será enviado somente ao médico ou à pacie A amostra será utilizada somente para o exame solicitado. Alguns materiais podem</li> <li>Foi-me explicado o porquê da realização deste exame e as limitações do teste, e cor De acordo com a informação recebida dou meu consentimento pra realização do examo consentimento para mim de forma ampassinatura neste documento constitui permissão para a realização do teste em amo A análise da amostra somente terá início mediante o envio deste termo de Consentração para o testo.</li> </ul>	res); el em microscopia); . ibilidade de alterações clínicas constitution de la literações de la literações dos dados clínicas colhida de mim ou de pessona de la literações	tar associadas gênitos nos filh e, poderá ser re obter auxílio n icos associados o que li este fo oa sob a minh	a defeitos o los. Por isso ealizado de o nédico na in s. rmulário de la guarda le	congênitos. E que algumas a eventual necessidade de exame posterior (consultar). terpretação do resultado. e consentimento. A minha egal, indicada acima.
autorização para o teste.				
Atesto a veracidade das informações acima descritas.				
Local: C	Data:/		Etiqueta	de Identificação
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal				
DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE				

CRM\_\_\_\_

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

e-mail\_

Nome (completo)\_

Tel.(\_\_\_\_)\_\_\_

Endereço\_

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

CEP\_



## Pesquisa de Quebras Cromossômicas com DEB



## 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 realizado o cariótipo, ou seja, análise do
conjunto de cromossomos na amostra coletada.	
<ul> <li>Salientando que o resultado pode ser sugestivo d</li> <li>O material a ser coletado será definido pelo méd amniótico ou sangue de cordão umbilical em pro</li> <li>O laboratório poderá solicitar coleta de nova amo condições favoráveis não apresentar crescimento</li> <li>Em caso de vilo corial o prazo de 10 dias pode ser</li> </ul>	a (ou outro tecido) se a amostra enviada estiver inadequada para o exame ou a amostra recebida em ular in vitro após alguns dias de cultura. endido para 30 dias devido à necessidade de cultura celular prolongada. Também pode ocorrer falso- micas em células da placenta que não ocorrem nas células do feto.
RESULTADO	
<ul> <li>complementares.</li> <li>Ao interpretar os resultados, também deve-se considanormalidades equilibradas nos pais, quando herdad cariótipo dos genitores.</li> <li>O resultado do exame é confidencial e será enviado so</li> <li>A amostra será utilizada somente para o exame solicita</li> <li>Foi-me explicado o porquê da realização deste exame</li> <li>De acordo com a informação recebida dou meu cons</li> <li>CONSENTIMENTO</li> <li>Os riscos, benefícios e limitações do teste foram explicado</li> </ul>	e duas linhagens celulares); croalteração não visível em microscopia); agentes teratogênicos. s deste exame e a possibilidade de alterações clínicas com cariótipo normal, e a disponibilidade de exames r que algumas alterações cromossômicas podem não estar associadas a defeitos congênitos. E que algumas e forma desequilibrada, podem resultar em defeitos congênitos nos filhos. Por isso a eventual necessidade de
autorização para o teste.	ivio deste termo de CONSENTIMENTO INFORMADO, completamente preenchido, e que formaliza a
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.

e-mail\_

Nome (completo)\_\_\_

Tel.(\_\_\_\_)\_\_\_

Endereço\_

Especialidade:\_\_\_\_

CEP\_