

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 realizado o cariótipo do meu filho/feto da gestação atual, ou seja, análise do conjunto de cromossomos na amostra coletada de: () Vilo corial () Líquido amniótico () Sangue de cordão.

- Esse exame é indicado para detecção de alterações cromossômicas numéricas ou estruturais que podem estar associadas à indicação/suspeita clínica. Salientando que o resultado pode ser sugestivo de quadro clínico diferente da originalmente considerada.
- O material a ser coletado será definido pelo médico de acordo com a semana gestacional em que o exame for realizado. Será coletado Vilo corial, Líquido amniótico ou sangue de cordão umbilical em procedimento médico orientado por ultrassonografia.
- O laboratório poderá solicitar coleta de nova amostra (ou outro tecido) se a amostra enviada estiver inadequada para o exame ou a amostra recebida em condições favoráveis não apresentar crescimento celular in vitro após alguns dias de cultura.
- Em caso de vilo corial o prazo de 10 dias pode ser estendido para 30 dias devido à necessidade de cultura celular prolongada. Também pode ocorrer falso-mosaïcismo e presença de anormalidades cromossômicas em células da placenta que não ocorrem nas células do feto.
- Amostra de cordocentese será verificado hemoglobina fetal para constatar a presença de material fetal.

RESULTADO

- Um cariótipo normal não exclui a possibilidade de defeitos congênitos, tais como aqueles causados por:
 - Mosaïcismo com baixa porcentagem (presença de duas linhagens celulares);
 - Anomalias cromossômicas submicroscópicas (microalteração não visível em microscopia);
 - Mutações moleculares (gênicas);
 - Outros fatores ambientais, tais como exposição a agentes teratogênicos.
- Os médicos devem informar sobre as limitações técnicas deste exame e a possibilidade de alterações clínicas com cariótipo normal, e a disponibilidade de exames complementares.
- 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 somente ao médico ou à paciente.
- A amostra será utilizada somente para o exame solicitado. Alguns materiais podem ser fixados e, se houver viabilidade, poderá ser realizado de exame posterior (consultar).
- Foi-me explicado o porquê da realização deste exame e as limitações do teste, 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 _____ - _____

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 do meu filho/feto da gestação atual, ou seja, análise do conjunto de cromossomos na amostra coletada de: () Vilo corial () Líquido amniótico () Sangue de cordão.

- Esse exame é indicado para detecção de alterações cromossômicas numéricas ou estruturais que podem estar associadas à indicação/suspeita clínica. Salientando que o resultado pode ser sugestivo de quadro clínico diferente da originalmente considerada.
- O material a ser coletado será definido pelo médico de acordo com a semana gestacional em que o exame for realizado. Será coletado Vilo corial, Líquido amniótico ou sangue de cordão umbilical em procedimento médico orientado por ultrassonografia.
- O laboratório poderá solicitar coleta de nova amostra (ou outro tecido) se a amostra enviada estiver inadequada para o exame ou a amostra recebida em condições favoráveis não apresentar crescimento celular in vitro após alguns dias de cultura.
- Em caso de vilo corial o prazo de 10 dias pode ser estendido para 30 dias devido à necessidade de cultura celular prolongada. Também pode ocorrer falso-mosaïcismo e presença de anormalidades cromossômicas em células da placenta que não ocorrem nas células do feto.
- Amostra de cordocentese será verificado hemoglobina fetal para constatar a presença de material fetal.

RESULTADO

- Um cariótipo normal não exclui a possibilidade de defeitos congênitos, tais como aqueles causados por:
 - Mosaïcismo com baixa porcentagem (presença de duas linhagens celulares);
 - Anomalias cromossômicas submicroscópicas (microalteração não visível em microscopia);
 - Mutações moleculares (gênicas);
 - Outros fatores ambientais, tais como exposição a agentes teratogênicos.
- Os médicos devem informar sobre as limitações técnicas deste exame e a possibilidade de alterações clínicas com cariótipo normal, e a disponibilidade de exames complementares.
- 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 somente ao médico ou à paciente.
- A amostra será utilizada somente para o exame solicitado. Alguns materiais podem ser fixados e, se houver viabilidade, poderá ser realizado de exame posterior (consultar).
- Foi-me explicado o porquê da realização deste exame e as limitações do teste, 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 _____ - _____