



**TERMO DE CONSENTIMENTO E QUESTIONÁRIO
(NIPT) ANEUPLOIDIAS 21 18 13 SEXAGEM FETAL
(NIPTBASI)**

Número da O.S.:[ou cole a etiqueta]

Eu,....., RG nº,
desejo realizar o teste MFTRINI: TRISSOMIAS FETAIS, TESTE NÃO INVASIVO, que, por meio da análise de meu sangue, avalia o risco fetal para as trissomias dos cromossomos 13, 18 e 21 (respectivamente, síndromes de Patau, de Edwards e de Down) e avalia também o risco de alterações nos cromossomos sexuais X e Y (por exemplo, Síndromes de Turner e Klinefelter), além de possibilitar a determinação do sexo de meu bebê. Minha assinatura neste termo indica que li e compreendi as informações abaixo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Obs.: Todos os campos do documento devem ser preenchidos. Não serão aceitos questionários sem assinatura da cliente ou responsável.

1. Este teste deve somente ser realizado a partir de **10 semanas de gestação**. Não serão aceitas amostras com menos de 10 semanas de gestação.
2. Este exame, assim como muitos testes, tem limitações, incluindo taxas resultados falsos positivos e falsos negativos. Isto significa que o feto pode apresentar uma das anomalias cromossômicas sendo testada, mesmo se o resultado for negativo (isso é denominado "falso negativo"). Da mesma forma, você pode eventualmente receber resultado positivo para uma das anomalias cromossômicas testadas, apesar do feto ser normal (isso é denominado "falso positivo").
3. Tendo em vista as limitações do exame, o resultado do teste de rastreamento deve ser discutido com o médico solicitante do exame, que poderá traçar um diagnóstico com base nos resultados e no conhecimento de seu quadro clínico, ou mesmo solicitar a realização de exames adicionais da saúde do feto e da mãe. Estes exames adicionais podem incluir a realização de procedimentos invasivos (por exemplo, a biópsia de vilos coriais ou a amniocentese).

4. Sobre o laudo a ser emitido:

- a) Tendo em vista a grande complexidade do exame, a análise do genoma e o respectivo laudo serão realizados exclusivamente para avaliar o risco fetal para as trissomias dos cromossomos 13, 18 e 21 e alteração nos cromossomos sexuais (X e Y). Outras regiões cromossômicas não são avaliadas nesse teste.
- b) Nenhuma outra informação, tal como predisposição a doenças, características físicas ou ancestralidade, será analisada ou reportada no laudo a ser emitido.
- c) Há limitações em gestações múltiplas, pois um resultado indicativo de sexo masculino sugere que pelo menos um dos fetos seja desse sexo. Já um resultado indicativo de sexo feminino sugere que todos os bebês sejam do sexo feminino.

5. Da utilização dos dados obtidos com o teste e do uso de amostras:

- a) Mediante sua prévia anuência, a ser exarada ao final do documento, eventuais sobras de amostra e os resultados obtidos com os exames poderão ser utilizados futuramente pelo laboratório, sendo certo que tais informações serão completamente anônimas.
- b) Para tanto, as informações obtidas e as sobras de amostra terão a remoção, de forma irreversível, de todos os identificadores pessoais, os quais serão substituídos por um padrão alfa numérico aleatório.
- c) Os dados obtidos serão primordialmente utilizados para contribuir com o avanço do conhecimento médico e da ciência, em pesquisas genéticas ou de bioinformática, para melhoria de processos e produtos, inclusive com eventuais publicações em revistas médicas e científicas, o que poderá beneficiar outras pessoas que possam possuir doenças de cunho cromossômico.
- d) Referidos dados e sobras de amostra serão cedidos a título gratuito, não cabendo qualquer remuneração por qualquer das partes pelo uso dos mesmos.
- () SIM. Eu quero ser consultado para autorizar, ou não, cada utilização futura do meu material.
- () NÃO. Eu dispenso a autorização para cada utilização futura e estou informado que as informações serão anônimas.
- e) Como parte de nosso programa de controle de qualidade um de nossos profissionais pode entrar em contato após o parto para saber se tudo correu bem com a gestação e o bebê. O contato pode ser realizado via e-mail, correio, ou por meio dos telefones cadastrados e as informações são tratadas com total sigilo e confidencialidade.
- () CONCORDO em ser contatada após o parto.
- () NÃO CONCORDO em ser contatada após o parto.



**TERMO DE CONSENTIMENTO E QUESTIONÁRIO
(NIPT) ANEUPLOIDIAS 21 18 13 SEXAGEM FETAL
(NIPTBASI)**

**INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME:
(Fundamentais para a garantia dos resultados reportados)**

IDADE GESTACIONAL

() A data da minha última menstruação foi ___/___/___ e já se passaram pelo menos 10 semanas desde esta data.

() Eu não sei a data da minha última menstruação, mas fiz ultrassom gestacional que constatou que, hoje, estou com _____ semanas de gestação.

Obs.: Não serão aceitas amostras com menos de 10 semanas de gestação.

GESTAÇÃO ATUAL:

Número de fetos:

Tipo de gestação:

- () Gestação única
() Gestação gemelar

- () Espontânea
() Reprodução Assistida

MOTIVO DO EXAME

a. () Idade > 35 anos

b. () Translucência nucal aumentada

Quanto mediu a translucência nucal? _____

c. () Outras alterações na ultrassonografia.

Quais? _____

d. () Exame bioquímico alterado. Quais alterações? _____

e. () Para ter mais tranquilidade.

SEXO FETAL

Esse teste avalia os cromossomos sexuais. Você gostaria de saber o sexo fetal? (

) Sim

() Não

Obs.: No caso de gestações gemelares SOMENTE é possível detectar a presença ou a ausência do cromossomo Y, sem a definição do sexo de cada feto individualmente.

INFORMAÇÕES DA MÃE

Peso atual : _____

Altura: _____

Você tem algum problema de saúde?

() Sim. Qual? _____

() Não



BRASIL
APOIO
MEDICINA DIAGNÓSTICA

**TERMO DE CONSENTIMENTO E QUESTIONARIO
(NIPT) ANEUPLOIDIAS 21 18 13 SEXAGEM FETAL
(NIPTBASI)**

d. Tem algum filho de com malformação ou síndrome genética? _____

INFORMAÇÕES DAS GESTAÇÕES ANTERIORES

- a. Número de partos anteriores: _____
- b. Qual(is) o(s) tipo(s) de parto(s) (vaginal ou cesárea)? _____
- c. Qual foi o peso do(s) recém(ns)-nascido(s)? _____

Assinatura da cliente: _____ Data: _____