

**FORMULÁRIO PARA ESTUDO CITOGENÉTICO
E CONSENTIMENTO INFORMADO DE VILOSIDADES CORIÔNICAS**

Dados da Paciente					
Nome da Paciente:			Nasc:	Idade:	
E-mail da Paciente:			CPF:		
Nome do Esposo:			Nasc:	Idade:	
E-mail do Esposo:			CPF:		
Endereço:			Nº:	Compl:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:		
Fone Residencial: () -		Fone Comercial: () -			
Celular Paciente: () -		Celular Esposo: () -			
Dados da Coleta					
Médico(a) Coletou:			Data da Coleta:		
Médico(a) Enviou:			Data do Envio:		
Data da Última Menstruação:		Idade Gestacional Clínica:	semanas	Gest:	Partos: Perdas:
Téc. Direta:	1º Ser. ml	2º Ser. ml	Data colch:	Hora colch:	Hora hipotonia:
Téc. Cultura:	1º Ser. ml	2º Ser. ml	Marca:	Obs:	
Amostra: [] - clara [] - pouco sangue [] - muito sangue [] - meconial			Seringas identificadas: [] - Sim [] - Não		
Indicação do exame: _____					
Dados do(a) Médico(a)					
Nome Médico(a):			CRM:		
Nome Clínica:			CNPJ:		
Endereço:			Nº:	Compl:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:		
Fone Consultório: () -		Fone Residencial: () -			
Celular: () -		Fone Fax: () -			
E-mail Médico(a) / Clínica:					
Solicitação e Envio					
Exame:	Cariótipo Vilosidades Coriônicas	Enviado via: [] - Correios [] - Sedex [] - Sedex 10 [] - Aéreo			
Exames Complementares:	[] FISH 5 Sondas (X, Y, 13/21 e 18)	[] DNA - Citomegalovírus			
	[] DNA - Vínculo Genético (IP)	[] DNA - Parvovirose			
	[] Armazenamento Celular	[] DNA - Rubéola			
	[] DNA - Toxoplasmose	[] Outros: _____			
Observações:					
Informações Complementares					
Enviar Resultado para: [] - Paciente [] - Médico que Indicou [] - Médico que Enviou [] - Em Mãos					
Nota Fiscal: [] - Paciente [] - Esposo [] - Clínica Reembolso: [] - Sim [] - Não					
ANEXAR OBRIGATORIAMENTE O PEDIDO MÉDICO E/OU GUIA AUTORIZADA DO CONVÊNIO					

INDICAÇÃO PARA O EXAME

O exame citogenético de vilosidades coriônicas é um exame pré-natal que consiste na punção e estudo cromossômico das vilosidades coriônicas ou vilo corial, cujas características genéticas são iguais ao do feto. Realizado entre a 10ª e a 12ª semana de gestação. Este exame permite que o resultado esteja disponível em um estágio mais inicial da gestação do que a amniocentese, reduzindo, assim, o período de incerteza.

As principais indicações são: idade materna avançada (acima dos 35 anos), anormalidade fetal na gravidez (alteração no ultrassom), translocação cromossômica no casal, gestação anterior com doença genética, óbito fetal na gravidez atual, história de perdas fetais.

SOLICITAÇÃO DO EXAME

Eu, _____, abaixo assinada, através da indicação do (a) Dr.(a) _____, e por sua referência, solicito a realização da análise cromossômica do feto que estou gerando. Para tanto, entendo que será necessária a coleta de células fetais presentes nas vilosidades coriônicas (placenta) que serão obtidas através de punção transcervical (vaginal) ou punção transabdominal com a utilização de uma agulha hipodérmica a ser realizada pelo (a) Dr.(a) _____. Contudo, entendi e aceitei as seguintes implicações abaixo explanadas:

1. Que a punção de vilosidades coriônicas é uma técnica recente, que tem sido largamente empregada, e que embora possa haver algum risco nesse procedimento, seja para o feto, seja para mim, tal risco é considerado pequeno, de acordo com a literatura pertinente, coincidente com a experiência de nosso serviço (Hogge, W. A. et. al. Am. J. Obstet. Gynecol. 154: 1249, 1986).
2. Nessa fase, de 10-12 semanas de gestação, o risco de abortamento espontâneo é em torno de 5-10% e o método a ser realizado aumenta esse risco, atualmente, na taxa de 1%.
3. Que em raros casos, devido a limitação técnica, a punção pode não resultar em coleta de vilosidade coriônica, sendo necessário novo procedimento ou outro tipo de exame, na forma e época a serem redefinidos.
4. Que pode não haver sucesso no cultivo das células ou que a preparação citogenética e/ou bioquímica não seja satisfatória para uma conclusão diagnóstica, havendo, então, necessidade de uma nova amostra. Isto ocorre em cerca de 1% dos casos (não haverá ônus adicional na repetição do mesmo exame).
5. Que poderá haver diferenciação de linhagem anormalmente desenvolvida "in vitro", presença de mosaicismos celulares, ou ainda a presença de linhagem placentária diferente daquela do feto de forma que a análise possa não refletir as reais características fetais. Compreendo que a probabilidade dessa ocorrência em gestações normais é da ordem de 1,1% (Simone et al, Prenatal Diagnosis 7: 671, 1987).
6. Que a análise citogenética e/ou bioquímica das células cultivadas não garantem a normalidade da criança no tocante a outros tipos de alterações congênitas como malformações oculares, de membros, retardo mental e mesmo metabólicas (por exemplo, causadas por interações medicamentosas, infecções ou graves acidentes hipóxicos) por não serem passíveis de serem detectadas pré-natalmente por esse método. O risco de o exame realizado antes da décima semana causar redução de membros, citado no Lancet é menor que 0,5% e ainda sujeito a controvérsias (Vol. 337, pág. 1091, 1991).
7. No caso de gemelaridade, o resultado poderá ser obtido para um dos gêmeos somente, às vezes para ambos, dependendo das facilidades técnicas da punção. Neste último caso, haverá a necessidade da realização de duas punções.

REALIZAÇÃO DO FISH

Nos casos de ansiedade materna e/ou alteração no ultra-som que sugira urgência no diagnóstico genético poderá realizar o FISH (Fluorescence in situ Hybridization) reduzindo ainda mais o período de incerteza. Esta técnica estuda cromossomos específicos determinando o sexo fetal e cerca de 70% das alterações cromossômicas, oferecendo o diagnóstico para as principais síndromes, como as trissomias regulares do 13/21 e 18 (síndromes de Patau, Down e Edwards, respectivamente), as síndromes relacionadas com os cromossomos sexuais X0 (Turner) e XXY (Klinefelter). Sendo assim, a citogenética clássica complementa o resultado do FISH com o estudo do restante dos cromossomos.

1. Poderá ser realizado diretamente o **FISH 05 SONDAS (cromossomos X, Y, 13/21 e 18)**, o qual será cobrado um valor adicional. Caso queira que seja enviado diretamente para FISH 05 SONDAS, favor assinalar o opcional abaixo;
2. O FISH será realizado no prazo de 24 a 48 horas útil.

- Enviar para **FISH 05 SONDAS (X, Y, 13/21 e 18)** com o valor adicional.

- Não realizar o FISH

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Recomenda-se a administração de imunoglobulina anti-Rh dentro de 24 horas da coleta em pacientes com grupo sanguíneo Rh;
- Nessa fase, de 10-12 semanas de gestação, o risco de abortamento espontâneo é em torno de 5-10% e o método a ser realizado aumenta esse risco, atualmente, na taxa de 1%.
- Antes de realizar a punção é necessário realizar um minucioso ultra-som para avaliação do feto. Esse minucioso exame tem a intenção de detectar qualquer anormalidade fetal prévia à punção. O mais importante é, realmente, essa monitorização de modo a dar a certeza do caminho a ser percorrido pela agulha.

DECLARAÇÃO

Desse modo, de forma espontânea, permito seja realizado em mim tal exame eximindo, em qualquer tempo, os médicos acima enunciados, de qualquer culpabilidade no eventual surgimento de complicações materna ou fetal futuras, assumindo integralmente os riscos que atesto ter conhecimento. Fui informada em relação à técnica de FISH, cujo resultado parcial tem a acuracidade de 97%. Estou esclarecida e ciente do eventual comprometimento da amostra e das decorrências para obtenção do cariótipo fetal.

Assim sendo, declaro que li, tive conhecimento e aceitei as implicações explanadas neste consentimento.

, de de	
Data da Declaração	
Assinatura da Paciente ou Representante	CPF