

**FORMULÁRIO PARA ESTUDO CITOGENÉTICO
E CONSENTIMENTO INFORMADO DE CORDOCENTESE**

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:
Líquido amniótico	1º Ser. ml	2º Ser. ml	3º Ser. ml
			4º Ser. ml
Funcionadas nesta ordem:			[] - Sim [] - Não
Sangue do cordão	1º Ser. ml	2º Ser. ml	Marca:
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 de Cordocentese	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: _____
Deseja saber o sexo: [] - Sim [] - Não Obs:	

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 cordocentese é um exame pré-natal que consiste na punção e estudo cromossômico do sangue do cordão umbilical, cujas características genéticas são iguais ao do feto. Realizado após a 20ª semana de gestação.

As principais indicações são: idade materna avançada (acima dos 35 anos), anormalidade fetal na gravidez (alteração no ultra-som), 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 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 no sangue do cordão umbilical que serão obtidas através de 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 cordocentese é uma técnica usual que tem sido largamente empregada, e embora possa haver algum risco nesse procedimento, seja para o feto, seja para mim, tal risco é considerado extremamente pequeno, de acordo com as citações da literatura pertinente. O risco materno é praticamente zero e o risco do procedimento provocar o abortamento é em torno de 0,5% a 1%. Na fase, de 20 semanas, o risco de aborto espontâneo é em torno de 2%, índice esse que diminui 0,1 por semana.
2. Que às vezes a punção pode não resultar em coleta de sangue fetal.
3. Que pode não haver sucesso no cultivo das células, ou que a preparação citogenética não seja satisfatória para uma conclusão definitiva, havendo necessidade de nova punção. Isto ocorre em cerca de 1% dos casos (não haverá ônus adicional na repetição do mesmo exame).
4. 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 metabólicos (por exemplo, causadas por interações medicamentosas, infecções ou graves acidentes hipóxicos), não possíveis de serem detectadas ou suspeitadas pré-natalmente.
5. No caso de gemelaridade, o resultado poderá ser obtido para um dos gêmeos, muitas vezes para ambos, dependendo das facilidades técnicas da punção.

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;
- Na fase, de 20 semanas, o risco de aborto espontâneo é em torno de 2%, índice esse que diminui 0,1 por semana.
- 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