

**FORMULÁRIO PARA ESTUDO CITOGENÉTICO
E CONSENTIMENTO INFORMADO DE PERDA FETAL**

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:	
Idade Gestacional Clínica: semanas		Idade Gestacional Ultra-sonográfica/óbito fetal: semanas	
Número de gestações:	Número de Partos:	Número de Abortos:	
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:			
Descrição do Material Enviado			
Quantidade de Frascos:	Enviado via: [] - Correios [] - Sedex [] - Sedex 10 [] - Aéreo		
Téc. Direta: 1º Ser. ml 2º Ser. ml	Data colch:	Hora colch:	Hora hipotonia:
Exame: Cariótipo de Perda Fetal	Obs:		
Informações Complementares			
Enviar Resultado para: [] - Paciente [] - Médico que Indicou [] - Médico que Enviou [] - Em Mãos			
Deseja saber o sexo: [] - Sim [] - Não Enviar para anátomo patológico: [] - Sim [] - Não			
Nota Fiscal: [] - Paciente [] - Esposo [] - Clínica Reembolso: [] - Sim [] - Não			
ANEXAR OBRIGATORIAMENTE O PEDIDO MÉDICO E/OU GUIA AUTORIZADA DO CONVÊNIO			

**FORMULÁRIO PARA ESTUDO CITOGENÉTICO
E CONSENTIMENTO INFORMADO DE PERDA FETAL**

INDICAÇÃO PARA O EXAME

O exame citogenético de restos ovulares e/ou placentários é a tentativa genética de determinar o cariótipo fetal e obter dados científicos sobre as prováveis causas do aborto espontâneo, do risco de perdas recorrentes, do risco de gestações anormais nas próximas gestações, bem como as chances de sucesso nas futuras gestações. A indicação para análise cromossômica em material de aborto é feita quando já se tem história de aborto(s) na família da esposa ou do marido, quando se tratar do segundo ou terceiro aborto espontâneo e pela ansiedade do casal devido à perda.

SOLICITAÇÃO DO EXAME

Eu, _____, abaixo assinada, através da indicação do (a) Dr.(a) _____, e por sua referência, solicito a realização da análise cromossômica do material fetal de aborto espontâneo. Para tanto, entendo a importância do cumprimento dos preceitos abaixo citados:

1. Informar o histórico do casal, as respectivas idades, a **idade gestacional clínica, ultra-sonográfica/óbito fetal** e a **data da curetagem**;
2. Coletar através de curetagem uterina, antecedida por severa assepsia vaginal e posterior lavagem exaustiva com soro fisiológico, para perfeita assepsia e eliminação de traços da solução usada;
3. **Nunca utilizar frasco de coleta não estéril ou acondicionar dentro de luvas.** O(s) frasco(s) deve(m) ser bem fechado(s) e vedado(s), colocado(s) dentro de um saco plástico e fechá-lo de forma a não permitir vazamento. Deve(m) ser remetido(s) em uma caixa de isopor cheia de papel absorvente de modo que fique(m) fixo(s) em relação à caixa;
4. **Nunca congelar e não adicionar formol ou solução fixadora ao material.** Deve ser remetido ao nosso laboratório de CAMPINAS-SP dentro de **24 a 48 horas**. Temporariamente, o material pode ser colocado em geladeira (2 a 8°C) por não mais que 24 horas até seu envio. Quanto mais rápido o seu envio maior o sucesso da cultura;
5. Caso queira que enviemos o material para o laboratório de anatomia patológica de sua confiança, anexar o pedido do exame e o laboratório de sua preferência, que providenciaremos o seu envio. Isto permitirá uma maior correlação com a anatomia patológica;

CRITÉRIOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DA CULTURA CELULAR

Não será realizada a cultura celular em material:

1. Com mais de três dias de coleta, devido ao baixo número ou ausência de células vivas;
2. Acondicionado de forma inadequada: não estéril (contaminado), em formol ou fixador e/ou congelado;
3. Ausente de vilosidades coriônicas (pedaço de placenta). Isto pode ocorrer em perdas vaginais pré- curetagem;
4. Com odor fétido ou contaminado. Isto pode ocorrer quando há uma contaminação vaginal ascendente sendo praticamente impossível sua previsão por parte do médico.

CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO FISH

Nos casos de não realização ou insucesso da cultura celular poderemos realizar o FISH (Fluorescence in situ Hybridization). Esta técnica estuda cromossomos específicos determinando o sexo fetal e cerca de 70% das alterações cromossômicas recorrentes em abortos espontâneos de primeiro trimestre.

Não estando contaminado e havendo vilosidades coriônicas:

1. Poderá ser realizado diretamente o **FISH 05 SONDAS (cromossomos X, Y, 13/21 e 18)** sem ônus adicional sobre o valor da cultura/cariótipo. Caso queira que seja enviado diretamente para FISH 05 SONDAS, favor assinalar a opção na declaração deste documento;
2. Poderá ser realizado o **FISH 09 SONDAS (cromossomos X, Y, 13/21, 14/22, 15, 16 e 18)**, o qual será cobrado o valor adicional de **R\$ 200,00** reais. Caso queira que seja enviado para FISH 09 SONDAS, favor assinalar a opção na declaração deste documento;
3. O FISH será realizado no prazo de 15 dias, ou mais no caso de indisponibilidade de sondas por motivo de importação;

O aborto que passar pelos critérios de aceitação e, após lançado, apresentar contaminação não poderá ser enviado para FISH, pois as bactérias interferem com sinais anômalos das sondas utilizadas.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Abaixo estão descritos fatores que interferem no sucesso da cultura celular. A taxa de sucesso deste exame é de cerca de 80%. O percentual de 20% a 30% não têm sucesso por vários motivos, sendo os mais recorrentes:

- Materiais com odor fétido por provável contaminação ascendente que é sabida ocorrer, em grande estado de degradação por estar retido há dias e abortos em que se espera o organismo entrar em trabalho de parto, o qual não fornece células adequadas, pois a decídua (tecido materno) desprende-se do útero restando menos células viáveis;
- Aborto retido por muito tempo pode sofrer a agressão de bactérias do conduto vaginal ou cérvix uterino contaminando o material e que, posteriormente, adquire odor fétido. Outras vezes, não sofre agressão de bactérias, mas todas as células já estão mortas;
- Quando a paciente tem um "sangramento", mesmo que discreto, sem eliminação da placenta pela hemorragia, não há a presença de vilosidades coriônicas, impossibilitando a realização do exame.
- As células com maior êxito na cultura são as da placenta e da membrana amniótica. As células do embrião propriamente dito entram em apoptose (morte celular) horas após a perda dos batimentos cardíacos e, geralmente, não apresentam crescimento "in vitro". Portanto, desde que seja constatada a parada cardíaca fetal, quanto antes realizar a curetagem, maior será o sucesso da cultura celular.
- Quando útero apresenta retroversão ou anteversoflexão acentuada, muitas vezes, impossibilita curetar completamente a região da placenta. Esta ocorrência, superior a 10%, é suficiente para que não se consiga a quantidade e/ou material necessário para a cultura celular. É claro que não se pode considerar como imperícia, uma vez que pode ocorrer nas mãos dos mais eminentes obstetras. E também não traz conseqüências, uma vez que após a curetagem ocorrem naturalmente fortes contrações uterinas, que acabam por eliminar os restos fetais, complementando o sucesso do procedimento.

DECLARAÇÃO

Fui informada da importância do cumprimento dos preceitos deste exame. Ciente do eventual comprometimento da amostra e das decorrências do insucesso na cultura celular para obtenção do cariótipo fetal.

Portanto, se o material não estiver em condições para cultivo celular, não estiver contaminado e tiver vilosidades coriônicas (pedaços da placenta) deverá:

- Enviar para **FISH 05 SONDAS (X, Y, 13/21 e 18)** sem ônus adicional sobre o valor da cultura/cariótipo;
- Enviar para **FISH 09 SONDAS (X, Y, 13/21, 14/22, 15, 16 e 18)** com o valor adicional de **R\$ 200,00 reais**;
- Não realizar o FISH.

Igualmente, entendo e estou ciente que em algumas situações especiais e de baixa contaminação, as células lançadas para cultura não crescem e a tentativa de analisá-las através da técnica de FISH nos mostra marcações inespecíficas, impossibilitando sua análise. Ficando apenas a estimativa da probabilidade teórica de cerca de 60% a 80% de ter havido uma aberração cromossômica.

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