

AUTORIZAÇÃO E COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

**OBRIGADO POR PREENCHER ESTE FORMULÁRIO
OS DADOS SÃO MUITO IMPORTANTES PARA O SEU EXAME**



Autorizo a realização do estudo citogenético pré-natal em vilos coriais ou líquido amniótico sabendo que:

1. Existe um risco muito pequeno (inferior a 0,1% para amniocentese e 0,5% para coleta de vilos coriais) de que complicações da coleta possam causar perda de gravidez.
2. Ocasionalmente a coleta de material para exame precisa ser repetida porque:
 - As células fetais do líquido amniótico não desenvolveram em cultura (menos de 18 ml de líquido colhido; líquido com muito sangue; líquido com coloração muito escura; líquido acondicionado indevidamente).
 - Não foram encontrados vilos coriais no material enviado ao laboratório
 - A análise do cariótipo fetal não foi conclusiva
- Em qualquer um destes casos **RAROS** é essencial a realização de nova coleta para complementação do exame sem despesa laboratorial adicional para a paciente. Se a paciente não quiser beneficiar-se da nova coleta, nenhuma devolução dos honorários pagos será efetuada.
3. Aspectos específicos da saúde fetal são estudados: os cromossomos. O exame é extremamente acurado. O resultado **NORMAL** do estudo cromossômico pré-natal garante um feto com cromossomos normais. Mas o exame não estuda defeitos congênitos e/ou retardo mental que não são detectáveis a nível dos cromossomos fetais.
4. Em caso de diagnóstico de doença cromossômica no feto, a transmissão do resultado à paciente e à sua família e a conduta obstétrica serão de responsabilidade do médico que presta assistência à paciente.
5. O GENE recomenda uma consulta pré-exame para esclarecimentos específicos que são muito importantes.
6. Por favor, assinale a opção de exame:

<input type="checkbox"/> Vilo VIP	resultado clássico + sexo fetal em 02 dias úteis
<input type="checkbox"/> Vilo Simples	resultado clássico + sexo fetal em 10 dias
<input type="checkbox"/> Líquido Amniótico PLUS	resultado molecular para trissomias 13, 18 e 21 em 2 dias úteis+clássico 10-15 dias
<input type="checkbox"/> Líquido Amniótico VIP	resultado molecular para trissomia 21 em 2 dias úteis + resultado clássico 10-15 dias
<input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Simples	resultado clássico + sexo fetal em 20 dias

7. A informação da necessidade do exame após os 35 anos ou devido a aumento da translucência nucal ao ultra-som veio de:
Médico () Imprensa () Televisão () Escola () Parentes () Amigos () Outra Maneira ()

8. A paciente está realizando o exame por:
Pedido do Médico () Vontade Própria () Pedido do Marido () Outro Motivo ()

9. Prazo: O resultado verbal preliminar **NORMAL** é dado por telefone e o laudo é enviado pelo correio no prazo de ___ dias

O resultado verbal preliminar **NORMAL** é fornecido por telefone e o laudo é enviado pelo correio.

ENTENDI AS EXPLICAÇÕES ACIMA E AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO EXAME. CONSIDERO-ME SUFICIENTEMENTE INFORMADA E NÃO FAREI A CONSULTA PRE-EXAME RECOMENDADA PELO GENE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Nome Legível por Extenso: _____

Data do Nascimento: ____/____/____ Identidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone Residência () _____ Fone Trabalho () _____

Nome do Marido: _____

Citar Nº de Gravidezas _____ Nº de Partos _____ Nº de Abortos _____ Rh _____ TN _____

Data do Último Período Menstrual: ____/____/____ Deseja saber o sexo do bebê: () Sim () Não _____

Prazo de Entrega do Resultado: ___ dias. O resultado será: Enviado pelo correio? ___ Virá buscar no GENE? ___ Outros _____

DADOS DO(A) MÉDICO(A):

Médico(a) que acompanha a paciente: _____

Endereço do Médico(a): _____ Fone () _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____