

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA SEXAGEM FETAL

O presente formulário informa os riscos e limitações da metodologia utilizada no exame de Sexagem Fetal, por favor leia cuidadosamente as informações.

A metodologia utilizada pesquisa a presença de fragmentos moleculares do cromossomo Y circulantes no plasma materno. Neste sentido, a presença destes fragmentos moleculares nesta situação indica o sexo fetal masculino, enquanto que, sua ausência representa que o feto corresponde ao sexo feminino.

O teste deve ser realizado apenas em mulheres com a gravidez confirmada, e não como método de confirmação de gestação. Este teste não é recomendado para mulheres que passaram por processos de transplante de órgãos e medula, bem como as que receberam transfusão de sangue em um período inferior a 6 meses, por risco de resultados falso positivo para o cromossomo Y.

Para a realização do teste é necessário que a gestante tenha completado exatas 8 semanas de gestação (iniciando a 9ª semana), quando a sensibilidade do teste é igual ou superior a 98%. Sendo assim, para que não ocorra uma interpretação inadequada dos resultados obtidos, amostras com idade gestacional inferior a este período não serão aceitas. A sensibilidade deste exame é equivalente a ultrassom realizada na 13ª semana, desta forma, podem ocorrer divergências entre o teste molecular e a ultrassom, dependendo do período em que os exames foram comparados.

Em gestação gemelar e univitelina, o resultado do respectivo teste refere-se à ambos os fetos. Por outro lado, a gestação gemelar e bivitelina com resultado para o sexo masculino, confirma a presença de pelo menos um feto do sexo masculino, não podendo esclarecer o sexo do outro feto. Se a gestação for univitelínica ou bivitelínica e apresentar ausência do DNA masculino, indica que ambos os fetos são do sexo feminino.

Em casos de procedimentos de fertilização in vitro ou hiperovulação, pode ocorrer gestações múltiplas. A perda de um dos fetos pode influenciar o resultado do exame de sexagem fetal, caso o feto sobrevivente seja do sexo feminino e o feto abortado seja masculino, uma vez que seu DNA será detectado, gerando um resultado falso masculino. Deste modo, mesmo em casos onde não ocorreu procedimento de reprodução assistida ou hiperovulação, é essencial a informação do histórico de abortos, pois o DNA masculino permanece por até 24 semanas no plasma materno.

Aproximadamente 5% dos casos tem seu resultado inconclusivo, devido a limitações da técnica ou possíveis interferências na amostra. Neste caso, é necessário coletar o material após 15 dias para a realização de um novo teste. Resultados inconclusivos também podem ser causados por uso de determinados medicamentos, como por exemplo, anticoagulantes, mas estes jamais devem ter seu uso suspenso sem consentimento médico.

Este exame não realiza a detecção de alterações genéticas e também não acerta 100% dos casos. Como todos os testes biológicos, o teste molecular possui limitações que podem induzir a uma interpretação inadequada dos resultados obtidos, o que pode ser esclarecido com a repetição do teste com uma nova amostra.

O prazo para conclusão do resultado e liberação do laudo final pode sofrer atrasos em razão da necessidade de realização de análises complementares, atraso logístico ou problemas técnicos relacionados à emissão do laudo no sistema.

Eu (nome completo) \_\_\_\_\_  
portadora do RG/CPF \_\_\_\_\_

li, compreendo e concordo que o descumprimento dos critérios acima pode resultar em um resultado inconclusivo.

Cole a etiqueta aqui

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA SEXAGEM FETAL

Os dados a seguir são essenciais para a correta interpretação dos resultados obtidos.

Data da última menstruação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas.

Se trata de uma gestação gemelar?  Sim  Não

Caso seja gestação gemelar: Quantos fetos: \_\_\_\_\_. Univitelina ou Bivitelina? \_\_\_\_\_

Realizou inseminação artificial ou fertilização in vitro para a gestação atual?  Sim  Não

Se sim, quantos embriões foram implantados? \_\_\_\_\_

Realizou procedimento(s) para estimular hiperovulação?  Sim  Não

Existe histórico de aborto?  Sim  Não

Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Utiliza algum medicamento?  Sim  Não

Se sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_

Realizou procedimentos de transfusão de sangue nos últimos 6 meses?  Sim  Não

Realizou procedimentos de transplante de órgãos ou medula óssea nos últimos 6 meses?  Sim  Não

Se sim, o doador foi do sexo masculino?  Sim  Não

*\*OBS: Se o doador for do sexo masculino, este exame não é recomendado devido a possibilidade de resultados falso positivo masculino.*

Local/Parceiro: \_\_\_\_\_ Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da gestante: \_\_\_\_\_

Data de nasc. da gestante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para gestantes menor de idade: A assinatura e RG/CPF abaixo deve ser da(o) responsável legal.**

Assinatura da(o) responsável: \_\_\_\_\_

RG/CPF da(o) responsável: \_\_\_\_\_

**\*Importante: O preenchimento incorreto e/ou a falta de informações podem provocar resultado inconclusivo e/ou atraso na liberação do resultado.**