

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 _____ Data de nascimento ____/____/____

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

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? _____

Possui diagnóstico de diabetes gestacional? Sim Não

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: _____

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.**