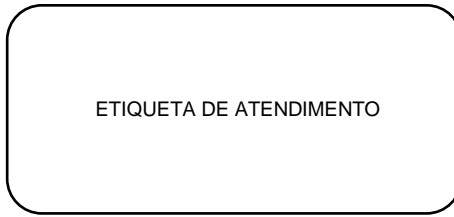


FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE ANEUPLOIDIAS CROMOSSÔMICAS



Dados da Paciente

Nome da Paciente:	Nasc:	Idade:	
E-mail da Paciente:	CPF:		
Endereço:	Nº:	Compl:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Fone Residencial: ()	Celular Paciente: ()		

Esta técnica estuda cerca de 70% das alterações cromossômicas (numéricas), oferecendo o diagnóstico para as principais síndromes, como as aneuploidias regulares dos cromossomos 13, 15, 16, 18, 21, X.

É importante destacar as limitações dessa técnica, sendo elas: impossibilidade de detecção de mosaicismo; impossibilidade de detecção de alterações estruturais; impossibilidade (em alguns cenários) de distinção entre contaminação materno/fetal e presença de euploidia. **A necessidade da coleta de amostra biológica (sangue periférico) da genitora para análise de possível contaminação materno/fetal pode ser procedida da obtenção de resultados normais para os padrões alélicos do feto.**

A análise do padrão alélico envolvendo amostras de líquido amniótico pode ser influenciada por contaminação materno/fetal e, assim, oferecer risco de interpretações equivocadas dos resultados e conclusões reportados no laudo.

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento de que todas as informações prestadas são de caráter confidencial e serão utilizadas somente para fins de diagnóstico.

Assim, eu _____, portador(a) do RG _____, após devidamente esclarecido (a) pelo Laboratório BIOVIDA, e ter entendido o que me foi explicado, permito a coleta de amostras biológicas e autorizo os procedimentos necessários para os testes genéticos requeridos pelo médico assistente.

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