

RQ-1076 FORMULÁRIO PARA TESTE PRÉ-NATAL NÃO INVASIVO - NIPT3 E NIPTGO

***Todos os dados são imprescindíveis**

É IMPORTANTE A LEITURA CUIDADOSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A COMPREENSÃO DE TODAS AS LIMITAÇÕES DO TESTE.

POR FAVOR, COMPLETE TODOS OS CAMPOS ABAIXO. FORMULÁRIOS ENVIADOS COM INFORMAÇÃO INCOMPLETA PODEM CAUSAR ATRASO NO RESULTADO DO TESTE.

Informações da paciente

Primeiro Nome / First Name _____

Sobrenome / Last name _____

Data de Nascimento (DD/MM/AAAA) / Date of Birth (DD/MM/YYYY) _____

Endereço / Address _____

Cidade / City _____

País / Country _____

Telefone / Telephone _____

Email _____

Peso (Kg) / Weight _____ Altura (cm) / Height _____

Data esperada do parto (DD/MM/AAAA) / Expected due date: (DD/MM/YYYY) _____

A paciente deve ter, no mínimo 9 semanas completas de gestação. O painel expandido (microdeleções) não está disponível para gestação gemelar, ovodoação ou útero de substituição.

Em caso de gestação gemelar, ovodoação ou útero de substituição, marque as opções que se aplicam.

É fundamental o preenchimento correto, pois o algoritmo utilizado para a análise do DNA fetal leva em consideração estas informações para obtenção de um resultado para o seu teste.

Este teste não está disponível para síndrome do gêmeo desaparecido (evanescente), gestação gemelar múltipla (com mais de 2 fetos) ou gêmeos concebidos por ovodoação e útero de substituição (barriga de aluguel).

/Patient must be at least 9 weeks gestational age. 22q is not available for dizygotic twins or egg donors.

Extended panel is not available for twins or egg donors. For twin or surrogate pregnancies, or twins conceived using a surrogate or egg donor.

Fertilização in vitro (FIV)/ Idade na coleta dos óvulos: _____
 IVF conceived pregnancy: Age of mother at egg retrieval

Gravidez gemelar (2 fetos) : **Monocoriônica** **Dicoriônica** **Não sei**
 Ongoing twin pregnancy: Monochorionic Dichorionic Don't Know

Gestação por ovodoação ou útero de substituição (barriga de aluguel)
 Surrogate or egg donor pregnancy

Informações sobre a clínica e/ou médico solicitante/ clinic information

Nome da Clínica / Clinic Name _____

Nome do médico Solicitante / Ordering Clinician Name _____

Teste de triagem pré natal não invasivo (NIPT)/ NIPT testing _____

Data da coleta (DD/MM/AAAA) / Date of Sample Collection:

Teste a ser realizado:

NIPT BÁSICO + 22q11.2– Análise dos cromossomos 13,18, 21, X & Y; Triploidia; Microdeleção 22q11.2 /
PANORAMA PRENATAL PANEL + 22Q11.2 DELETION

NIPT PANORAMA AMPLIADO – Análise dos cromossomos 13,18, 21, X & Y, Triploidia, microdeleção 22q11.2;
1p36; Angelman; Prader-Willi e Cri-du-chat/ PANORAMA EXPANDED PANEL

DESEJA SABER O SEXO FETAL (se não marcar este item, o sexo do bebê não será informado no laudo)
/check to add fetal sex to report (available with any screening option above)

Política de disposição ou retenção de amostra/ Disposition or retention of sample

O laboratório representa e confirma que a paciente leu e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, em conformidade com a legislação local, para a política de disposição ou retenção da amostra da Natera/ GeneOne. A paciente compreende e concorda que (i) sua amostra será enviada aos Estados Unidos para realização do teste; (ii) a Natera/ GeneOne poderá reter as amostras restantes e sem identificação para serem utilizados no avanço médico e tecnológico, pesquisa e desenvolvimento, validação de produtos e garantia de qualidade, idenpendente ou em colaboração com parceiros terceirizados, dentro ou fora dos Estados Unidos; e (iii) a paciente e seus herdeiros não receberão nenhum pagamento benefício ou direito a quaisquer produtos ou descobertas resultantes.