

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1489 FORMULÁRIO PARA EXAME NIPT

***Todos os dados são imprescindíveis**

Data da coleta: _____ Número Pedido: _____

Dados da gestante

Nome Completo: _____

Data de nascimento: _____ CPF: _____ RG: _____

E-mail: _____ Cel.: _____

Informações clínicas

Reprodução Assistida (FIV): ☐ Não ☐ Sim

Exame ultrassonográfico: _____ semanas de gravidez

☐ Gestação única ☐ Gestação gemelar

Redução fetal: ☐ Não ☐ Sim

Histórico de interrupção gestacional: ☐ Não ☐ Sim, com _____ semanas

Triagem sorológica: ☐ Não ☐ Sim

☐ Primeiro trimestre | Semana de gestação: _____ | Trissomia 21: 1/ _____ | Trissomia 18: 1/ _____

☐ Segundo trimestre | Semana de gestação: _____ | Trissomia 21: 1/ _____ | Trissomia 18: 1/ _____

Histórico médico

Histórico de gravidez:

Quantas vezes já esteve gestante? _____

Já teve algum aborto espontâneo? Se sim, quantas vezes? _____

Já teve gravidez molar? Se sim, quantas vezes? _____

Já teve gravidez ectópica? Se sim, quantas vezes? _____

Complicações na gravidez:

☐ Não ☐ Sim > ☐ Hipertensão | ☐ Diabetes | ☐ Outros: _____

☐ Recebendo tratamento ☐ Sem tratamento

Transusão halogênica: ☐ Não ☐ Sim, Tempo desde a transfusão: _____

Cirurgia com transplante: ☐ Não ☐ Sim, Tempo desde o transplante: _____

Terapia com células-tronco: ☐ Não ☐ Sim, Tempo de tratamento: _____

Imunoterapia: ☐ Não ☐ Sim, Tempo de tratamento: _____

Paciente oncológico: ☐ Não ☐ Sim > Descrição: _____

Infecção viral: ☐ Não ☐ Sim > HBV > HCV > HIV > Outros: _____

Uso de medicamentos antes e/ou depois da gravidez: ☐ Não ☐ Sim

☐ Medicamentos hormonais | ☐ Imunossupressores | ☐ Medicamentos oncológicos |

☐ Outros: _____

Sexagem fetal

Deseja sexagem fetal: ☐ Não ☐ Sim

Li o formulário de consentimento informado neste formulário de solicitação, compreendi a natureza, aplicabilidade e limitações deste teste. Confirmando que as informações fornecidas acima são verdadeiras e confiáveis.

Assinatura da Gestante: _____ Data: ____/____/____

Termo complementar de consentimento informado
(Devem ser assinados por gestantes com idade gestacional superior a 23 semanas)

Atualmente estou grávida de mais de 23 semanas e estou ciente do risco de perder a janela de tempo ideal para diagnóstico pré natal. Solicito voluntariamente a realização do teste.

Assinatura da Gestante: _____ Data: ____/____/____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Teste Pré-Natal Não Invasivo de Aneuploidias Cromossômicas Fetais

Este teste realizado em gestantes extrai o DNA livre de células fetais e usa a técnica de Sequenciamento de Nova geração combinada com análise bioinformática para detectar a taxa de risco de doenças de aneuploidia cromossômica fetal, com uma taxa de precisão superior a 99,9. %. O teste pode ser realizado a partir da 10ª semana, com o tempo ideal de teste na idade gestacional entre 10 semanas a 22 semanas.

1. Este teste é aplicável a amostras de sangue periférico de gestantes e não aplicável a outras amostras.
2. Este método não é adequado para detectar anormalidades estruturais, translocação em cromossomos, em gestantes com fetos múltiplos, em gestantes que são pacientes com doença(s) de aneuploidia cromossômica; em gestantes que receberam transfusões, cirurgia de transplante, terapia com células-tronco e imunoterapia com introdução de DNA exógeno dentro de quatro semanas.
3. Este teste pode ser realizado a partir da 10ª semana de gestação. Devido às limitações da tecnologia atual de testes médicos e às diferenças individuais entre as gestantes, ainda pode haver falsos positivos ou falsos negativos, mesmo que os profissionais que realizaram o teste tenham cumprido devida e integralmente as suas responsabilidades e procedimentos operacionais. Se a idade gestacional estimada da gestante não for precisa ou se for inferior a 10 semanas, isso poderá afetar a precisão do resultado do teste.
4. Mosaicismo placentário, anomalias cromossômicas em gestantes e outras condições podem causar resultados falsos positivos ou negativos.
5. Devido a fatores irreversíveis, como perda (parcial) de amostra ou razões especiais (como baixo teor de DNA livre de células fetais no plasma devido a diferenças individuais), a fim de garantir a precisão dos resultados dos testes, a gestante pode ser solicitada para uma nova coleta de amostras de sangue. O tempo de resposta do

teste (TAT) será prorrogado em conformidade pelos dias úteis correspondentes a partir da nova data de coleta da amostra.

6. Os resultados dos testes servem apenas para referência clínica e rastreamento, e não podem ser usados como única base para diagnóstico. O diagnóstico clínico do paciente deve ser considerado de forma abrangente em conjunto com métodos de diagnóstico pré-natal intervencionistas, bem como sintomas/sinais, histórico médico e outros exames laboratoriais.

7. Para mulheres grávidas com resultados de testes de alto risco, são sugeridos outros métodos de diagnóstico pré-natal, como biópsia de vilosidades coriônicas, amniocentese, coleta percutânea de sangue umbilical (PUBS), análise de cariótipo e hibridização fluorescente in situ (FISH).

8. Todas as informações pessoais contidas nesse formulário são verdadeiras e confiáveis. Estou ciente da natureza avançada desta tecnologia de teste e compreendi a finalidade pretendida, os riscos e a necessidade

Assinatura: _____ Data: ____/____/____