

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 clínicasReprodução Assistida (FIV): Não Sim

Exame ultrassonográfico: _____ semanas de gravidez

 Gestação única Gestação gemelarRedução fetal: Não SimHistórico de interrupção gestacional: Não Sim, com _____ semanasTriagem 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 tratamentoTransfusão 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, comprehendi a natureza, aplicabilidade e limitações deste teste. Confirmo 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 comprehendi a finalidade pretendida, os riscos e a necessidade

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____