

**AMNIOCENTESE (PARA CARIÓTIPO FETAL) – TERMO DE ESCLARECIMENTO E  
AUTORIZAÇÃO PARA AMOSTRAS ENVIADAS**

ESCLARECIMENTO E AUTORIZAÇÃO

O exame é realizado preferencialmente **entre 14 e 20 semanas de gestação**. Após 20 semanas de gestação, o exame é efetuado somente com pedido médico de cariótipo nesse período, porque amostras colhidas em idade gestacional mais avançada podem ter o resultado comprometido, por diminuição da formação de colônias para análise com consequente atraso no prazo do resultado (Genetics Disorders and the fetus, Milunsky, A. & Milunsky, J.M, 2010).

- Em alguns casos, como na presença de mosaicismo (0.2%), ou falha no processo de cultura celular (1.0%) e, raramente, contaminação por células maternas, poderá haver necessidade de coleta de nova amostra.
- Um resultado normal deste exame indica apenas **normalidade citogenética do feto**, não exclui as malformações fetais, doenças gênicas ou alterações submicroscópicas.
- O prazo de liberação do resultado pode ser alterado em virtude do crescimento lento das células.
- Em casos particulares poderá haver necessidade de confirmação do resultado em nova amostra de líquido amniótico ou da amostra de sangue fetal.
- Quando houver material residual poderá ser feita a inclusão de outros testes genéticos, a pedido médico, desde que a solicitação seja feita em até sete dias corridos após a liberação do laudo do cariótipo. Depois desse prazo a amostra não estará mais disponível.
- Qualquer dúvida a respeito do exame será esclarecida pelo médico que realizará a coleta do material.

**AUTORIZAÇÃO**

Li as informações acima, declaro estar ciente das possíveis complicações e limitações inerentes ao procedimento e autorizo a coleta, pelo médico Dr. \_\_\_\_\_ de material para realização do exame.

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente em letra de forma RG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome responsável em letra de forma (se aplicável) RG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou do responsável (se aplicável)

São Paulo, de de 20