

Orientações:

- **TODOS** os campos do questionário devem ser preenchidos.
- Não serão aceitos questionários sem assinatura do cliente ou responsável.
- Não serão aceitas amostras de gestações inferiores a 10 semanas.
- Não serão aceitas amostras de gestações FIV de ovodoação ou útero de substituição.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS (o exame **não será liberado** sem essas informações)

Nome do paciente:

Data de nascimento (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Endereço:

Cidade: País:

Telefone: Residencial () Celular: ()

Assinatura do paciente ou responsável legal

Data: _____ / _____ / _____ Exame solicitado:

Nome do médico solicitante:

Telefone celular do médico: ()

E-mail do médico:

1. Afirmo que na presente data estou com semanas de gestação.

() *Declaro que tenho ciência que somente posso realizar a coleta do exame MFTRINI-AMP após 10 semanas de gestação.*

2. Data esperada do parto (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

3. Qual a data da última menstruação? (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____

Estou realizando esse exame por:

- () Idade > 35 anos
- () Translucência nucal aumentada. Se sim, quanto mediu a TN?
- () Outras alterações na ultrassonografia. Se sim, quais?
- () Exame bioquímico alterado. Se sim, quais alterações?
- () Para ter mais tranquilidade

5. Esse teste avalia os cromossomos sexuais. Você gostaria de saber o sexo fetal?
() Sim () Não

6. Gestação:

() Gestação espontânea

() Fertilização in vitro. **Se sim, informar a idade da cliente no momento da retirada dos óvulos:**
(anos)

OBS.: O exame MFTRINI-AMP só pode ser realizado em GESTAÇÃO DE FETO ÚNICO. Em casos de gestação gemelar, mesmo com óbito de um dos embriões, não é possível realizar o exame por risco de erro no resultado.

Em casos de fertilização in vitro, não é possível realizar o exame em casos de ovodação ou útero de substituição, apenas em FIV com ovócitos próprios.

7. A gestação foi inicialmente gemelar com parada do desenvolvimento de um saco gestacional/embrião?

() Sim (nesse caso o exame **NÃO** pode ser realizado.)

() Não

8. A gestação é por Fertilização in vitro (FIV) com óvulos doados (ovodação) ou útero desubstituição?

() Sim (nesse caso o exame **NÃO** pode ser realizado.)

() Não

DADOS CLÍNICOS

9. Peso atual (Kg): Altura (cm):

10. Você tem algum problema de saúde?

() Sim. Qual?

() Não

11. Faz uso de anticoagulante do tipo AAS infantil, anticoagulantes (ex: clexane ou semelhantes), intralípidos?

() Sim

() Não

12. Em relação as suas gestações anteriores:

a. Número de partos anteriores

b. Qual(is) o(s) tipo(s) de parto(s) – vaginal ou cesária?

c. Qual foi o peso do(s) recém(ns)-nascido(s)?

d. Tem algum filho com malformação ou síndrome gênica?

13. Como parte do nosso programa de controle de qualidade, um de nossos profissionais pode entrar em contato após o parto para saber se tudo correu bem com a gestação e o bebê. O contato pode ser realizado via e-mail, correio ou por meio dos telefones cadastrados e as informações são tratadas com total sigilo e confidencialidade.

() CONCORDO em ser contatada após o parto

() NÃO CONCORDO em ser contatada após o parto

Informações técnicas do teste

O objetivo do teste pré-natal não invasivo (NIPT) Panorama™ ampliado é rastrear anormalidades cromossômicas no feto e inclui: Trissomia Cromossomo 21, Trissomia Cromossomo 18, Trissomia Cromossomo 13, a perda ou a adição de cromossomos inteiros (Monossomia do Cromossomo X, Triploidia) e microdeleções (perda de pequenos segmentos de cromossomos específicos - Microdeleção 22q11.2 (Síndrome de DiGeorge), Microdeleção 1p36, Síndrome de Angelman, Síndrome de Cri-du-chat e Síndrome de Prader-Willi).

Você pode solicitar também a identificação do sexo fetal. O Panorama é realizado na amostra de sangue materno que contém DNA (material genético) da mãe e do feto. O DNA fetal testado é oriundo da placenta; esse DNA é idêntico ao encontrado nas células do feto propriamente ditas em cerca de 98% de todas as gestações. O Panorama ampliado é disponibilizado para mulheres com gestação única e de, no mínimo, 10 semanas.

1. Este exame, assim como muitos testes, tem limitações. Isso significa que um resultado “baixo risco” não exclui a possibilidade de anormalidades cromossômicas (isso é denominado “falso negativo”). Da mesma forma, você pode eventualmente receber um resultado “alto risco” para uma das anomalias cromossômicas testadas, apesar do feto ser normal (isso é denominado “falso positivo”).

- Um resultado de "baixo risco" indica uma chance reduzida de que seu feto tenha as anormalidades cromossômicas listadas acima, mas não pode garantir cromossomos normais ou um bebê saudável.

- Um resultado de "alto risco" indica que há uma probabilidade aumentada de o seu feto ter uma das anormalidades cromossômicas testadas, mas não confirma se o feto tem tal anormalidade.

Portanto, as decisões sobre a sua gravidez nunca devem se basear somente nesses resultados de triagem, pois eles não confirmam ou descartam a presença de uma anormalidade cromossômica no feto. O teste de diagnóstico de acompanhamento deve ser sempre realizado durante a gestação ou no nascimento, para confirmar ou descartar uma anormalidade cromossômica ou microdeleção.

2. O teste pré-natal não invasivo ampliado (com pesquisa de cinco síndromes de microdeleções cromossômicas), NÃO pode ser realizado em pacientes com gestação gemelar (2 ou mais fetos), gestação de Fertilização in vitro (FIV) de ovulação (gestação única ou gemelar), útero de substituição ou em receptora de transplante de medula, devido à limitação do algoritmo utilizado para análise quando há mais de 3 perfis de DNA.



**TERMO DE CONSENTIMENTO E QUESTIONARIO
PARA TESTE PRE NATAL AMPLIADO (T21 T18 T13)**

3. Tendo em vista as limitações do exame, o resultado do teste de rastreamento deve ser discutido com o médico solicitante do exame, que poderá traçar um diagnóstico com base nos resultados e no conhecimento do seu quadro clínico, ou mesmo solicitar a realização de exames adicionais da saúde do feto e da mãe.

Sobre o laudo a ser emitido:

- a. Tendo em vista a grande complexidade do exame, a análise do genoma e o respectivo laudo serão realizados exclusivamente para atender a indicação feita pelo médico solicitante do exame.
- b. Nenhuma outra informação, tal como predisposição a doenças, características físicas ou ancestralidade, será analisada ou reportada no laudo a ser emitido.

Da utilização dos dados obtidos com o teste e do uso de amostras:

- a. Mediante a sua previa anuência, a ser exarada ao final do documento, eventuais sobras de amostra e os resultados obtidos com os exames poderão ser utilizados futuramente pelo FLEURY, sendo certo que tais informações serão completamente anônimas.
- b. Para tanto, as informações obtidas e as sobras de amostra terão a remoção, de forma irreversível, de todos os identificadores pessoais, os quais serão substituídos por um padrão alfanumérico aleatório.
- c. Os dados obtidos serão primordialmente utilizados para contribuir com o avanço do conhecimento médico e da ciência, em pesquisas genéticas ou de bioinformática, para melhoria de processos e produtos, inclusive com eventuais publicações em revistas médicas e científicas, o que poderá beneficiar outras pessoas que possam possuir doenças de cunho cromossômico.
- d. Referidos dados e sobras de amostra serão cedidos a título gratuito, não cabendo qualquer remuneração por qualquer das partes pelo uso dos mesmos.

() SIM, eu autorizo a utilização futura do meu material e estou ciente de que as informações serão anônimas.

() NÃO, eu não autorizo a utilização futura do meu material.

Data: _____

Assinatura da cliente (ou responsável)