



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
REALIZAÇÃO DE CARIÓTIPO: SANGUE PERIFÉRICO**

Pelo presente instrumento, eu, _____, declaro ter sido informado(a) claramente sobre o procedimento de coleta e realização do exame solicitado [cariótipo / biologia molecular].

Fui devidamente informado que o procedimento de coleta consiste em colocar uma agulha em alguma veia do corpo para retirada de sangue, podendo causar um pequeno incômodo no momento da punção.

O material coletado incluirá amostra de sangue no volume correspondente à 5 (cinco) mL.

[] Neste mesmo ato, informo que **não** há história pregressa de reações alérgicas para este tipo de procedimento.

[] Neste mesmo ato, informo que já houve história pregressa de reações alérgicas para este tipo de procedimento, da seguinte natureza: _____

Estou ciente de que existe a possibilidade da cultura de células para a realização do cariótipo não crescer e, nesse caso, haverá necessidade de uma nova coleta, com a qual concordo desde já com a sua realização.

Também fui informado(a) de que no caso de ser encontrada alguma alteração cromossômica na criança, pode ser necessária a coleta de sangue periférico dos pais.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo Médico Responsável e/ou sua equipe.

Neste mesmo ato, declaro estar ciente e concordo com todos os procedimentos necessários para a boa realização e conclusão da coleta acima descrita e exames solicitados.

Por fim, expresso minha concordância e é de livre e espontânea vontade que realize a coleta e os exames, assumindo a responsabilidade e os eventuais riscos decorrentes.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____

Paciente ou Responsável Legal:

Médico Responsável ou sua equipe:

Nome: _____

Nome: _____

RG n°: _____

CRM n°: _____