



---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**  
**REALIZAÇÃO DE CARIÓTIPO: MEDICINA FETAL**

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada claramente sobre o procedimento de realização do exame de cariótipo solicitado para estudo citogenético pré-natal.

Estou ciente de que existe a possibilidade da cultura de células para a realização do cariótipo não crescer. Neste caso será emitido apenas um laudo de não crescimento celular e não haverá custo adicional para realização de novo exame.

Algumas vezes os resultados podem não ser conclusivos sendo necessária uma análise complementar de outros tecidos fetais e/ou dos pais. Existem fatores que podem interferir na cultura celular, tais como: alterações *in vitro*, mosaicismos celulares ou ainda contaminação por células maternas.

O resultado normal da análise cromossômica das células cultivadas não garante a normalidade da criança, uma vez que esse exame (cariótipo) possibilita o diagnóstico apenas das anomalias cromossômicas detectáveis com uma resolução de 400-550 bandas, e as malformações congênitas e/ou retardo mental podem ter outras causas, tais como as causas gênicas, ambientais ou multifatoriais. Para tais casos, outros exames serão necessários

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo Médico Responsável e/ou a equipe. Neste mesmo ato, declaro estar ciente e concordo com todos os procedimentos necessários para a boa realização e conclusão do exame solicitado.

Por fim, expresso minha concordância e é de livre e espontânea vontade que realize a coleta e o(s) exame(s), assumindo a responsabilidade e os eventuais riscos decorrentes.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Paciente ou Responsável Legal:

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG n°: \_\_\_\_\_

Médico Responsável e/ou equipe:

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CRM n°: \_\_\_\_\_