



---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**  
**REALIZAÇÃO DE CARIÓTIPO: MATERIAL DE ABORTAMENTO**

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada claramente sobre o procedimento de realização do exame de cariótipo solicitado.

Fui devidamente informada que o tempo decorrido entre o óbito fetal e o procedimento de curetagem pode interferir na vitalidade da cultura celular, impossibilitando a análise citogenética.

Estou ciente de que existe a possibilidade da cultura de células para a realização do cariótipo não crescer e, nesse caso, será emitido apenas um laudo de não crescimento celular. Portanto, para adequada execução do exame, o material deve ser entregue no laboratório nas primeiras 24 horas (ou no máximo 48 horas) após a coleta.

Também fui informada da possibilidade de não haver tecido de origem fetal no produto de curetagem, o que inviabiliza a realização do exame.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo Médico Responsável.

Neste mesmo ato, declaro estar ciente e concordo com todos os procedimentos necessários para a boa realização e conclusão do exame solicitado.

[ ] Autorizo que o material sobressalente não utilizado no exame citogenético seja encaminhado para realização de exame Anátomo Patológico.

[ ] **Não** Autorizo que o material sobressalente não utilizado no exame citogenético seja encaminhado para realização de exame Anátomo Patológico. Neste caso concordo que o destino deste material segue procedimento operacional interno do laboratório.

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:

Médico Responsável:

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

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

RG n°: \_\_\_\_\_

CRM n°: \_\_\_\_\_