

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0795 CARPE, CARO – TERMO DE ESCLARECIMENTO CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

***Todos os dados são imprescindíveis**

O exame de cariótipo de pele (adulto ou feto abortado) ou de restos ovulares (aborto) depende de crescimento celular e análise das células em fase de divisão (metáfase).

Amostra de pele de paciente adulto ou criança cujo transporte exceda 24h, normalmente, apresenta menor índice de crescimento celular. Segundo a literatura, em condições ideais de colheita, transporte e armazenamento, a taxa de crescimento celular desta amostra não excede 80%¹.

Amostra de pele de feto abortado cujo transporte exceda 24h, normalmente, apresenta menor índice de crescimento celular. Segundo a literatura, em condições ideais de colheita, transporte e armazenamento, a taxa de crescimento celular desta amostra não excede 20%². O mesmo ocorre com amostra de restos ovulares.

Por limitações inerentes da técnica, o resultado desse exame, em raros casos, pode não ser conclusivo na primeira amostra e, nestes casos, uma nova colheita será solicitada.

Quando a obtenção de nova amostra for inviável ou não recomendada, o resultado será liberado como “ausência de metáfases” e, sendo assim, o laboratório não fará ressarcimento do pagamento do exame, pois o mesmo é sempre executado. Neste caso, o laboratório poderá entrar em contato para oferecer o exame de FISH, que pode ser uma alternativa para a pesquisa de algumas doenças cromossômicas. Se solicitado, o FISH será cobrado independente do cariótipo.

É possível ampliação do prazo de liberação padrão do resultado de cariótipo, quando necessário aplicar procedimentos de cultivos celulares alternativos e, neste caso, o paciente será comunicado.

Um resultado normal deste exame indica apenas normalidade citogenética na referida amostra, não exclui malformações congênitas, doenças gênicas e síndromes envolvendo mosaicismos de baixa frequência ou críptico (em tecido diferente ao da amostra).

Após a liberação do resultado, havendo amostra excedente, esta ficará armazenada no Laboratório no prazo máximo de 12 meses.

¹Rodgers, CS; Creasy, MR; Fitcheti, M; Maliszewska, CT; Prati, NR; Waters, JJ. Solid tissue culture for cytogenetic analysis: a collaborative survey for the Association of Clinical Cytogeneticists. Clin Pathol. 49: 638-641, 1996.

²Korteweg, FJ; Bouman, K; Erwich, JJHM; Timmer, A; Veeger, NJGM; Ravise, JM; Nijman, TH; Holm, JP. Cytogenetic Analysis After Evaluation of 750 Fetal Deaths. Proposal for Diagnostic Workup. Obstetrics and Gynecology. 111 (4): 865-874, 2008.

Li as informações acima, declaro estar ciente das possíveis intercorrências inerentes ao procedimento e autorizo a realização do exame pelo Laboratório:

Nome do paciente ou responsável: _____

Sexo: Feminino Masculino Data de nascimento: ____/____/____

Nome do médico: _____

Telefone: () _____ Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável