

COLE AQUI  
ETIQUETA DB**RQ-0490 FORMULÁRIO DO GENÓTIPO RHD FETAL****\*Todos os dados são imprescindíveis****Dados do paciente**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Número do pedido: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Peso: \_\_\_\_\_

**Dados Clínicos**

Idade materna: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo da mãe: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

D.U.M.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade gestacional pela ecografia: \_\_\_\_\_

Número de embriões: \_\_\_\_\_

**Esclarecimento sobre o exame**

A identificação da presença de DNA fetal livre (cffDNA) em plasma materno em 1997 abriu um novo campo para investigação com o fim de reduzir o uso de métodos convencionais de diagnóstico pré-natal (biopsia coriônica, amniocentese) que implicam em aumento no risco de perda fetal. O cffDNA representa 3-6% do DNA total livre em plasma materno, sua quantidade aumenta com a idade gestacional e é eliminado completamente nas horas subsequentes ao parto. Hoje em dia é possível a detecção de sequências de DNA ausentes na mãe e herdadas do pai de maneira fiel mediante a técnica de PCR quantitativa em tempo real. Baseando-se neste princípio, as primeiras aplicações clínicas já disponíveis são a detecção de sequências específicas do cromossomo Y (determinação do sexo fetal) e do gene RHD ou gestantes negativas. Dependendo das sequências analisadas o teste apresenta sensibilidades distintas, aumentado sua confiabilidade com as semanas de gestação.

AUTORIZO o laboratório a realizar o exame no material extraído e FUI SUFICIENTE INFORMADA dos seguintes aspectos relacionados ao exame:

- A detecção do RHD fetal apresenta uma confiabilidade de 99% a partir da 15ª semana de gestação.
- Em casos de gestação múltipla o exame não permite discriminar entre ambos os fetos.
- O exame não implica em nenhum tipo de diagnóstico de doenças genéticas.
- É possível que seja necessário confirmar resultados ambíguos em uma nova amostra.

Eu, \_\_\_\_\_,  
através deste consentimento, declaro estar ciente das informações descritas acima.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

RG e CPF do paciente: \_\_\_\_\_

(Cidade) \_\_\_\_\_, (dia) \_\_\_\_\_ de (mês) \_\_\_\_\_ de (ano) \_\_\_\_\_.