

TERMO DE CIÊNCIA

Estudo de Cariótipo de Material de Perdas Fetais

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, declaro que fui orientado(a) pelo médico(a) Dr(a). _____, CRM _____, sobre a realização do estudo de cariótipo no material proveniente da minha perda fetal.

Fui informado(a) de que o cariótipo analisa o número e a estrutura dos cromossomos do material obtido, com o objetivo de investigar uma possível causa cromossômica para a perda gestacional, informação que pode auxiliar no aconselhamento e no planejamento de futuras gestações.

Compreendo que o cariótipo depende do crescimento e da multiplicação das células do material em meio de cultura no laboratório. A viabilidade desse crescimento está diretamente relacionada à condição de preservação e à integridade da amostra, podendo ser comprometida por situações como o tempo prolongado de retenção da perda fetal, a presença de contaminação, a ausência de material fetal na amostra e outras condições próprias do organismo e do processo de perda. Estou ciente, portanto, de que nem sempre é possível obter um resultado satisfatório, sendo descrita na literatura uma frequência de sucesso do exame que varia entre 30% e 70%.

Declaro estar plenamente ciente de que a eventual ausência de crescimento celular ou a impossibilidade de conclusão do estudo não decorrem da técnica de esvaziamento uterino empregada (curetagem ou AMIU), e sim de condições inerentes ao tempo decorrido da perda fetal e às características próprias do material e do organismo, fatores que independem da atuação da equipe médica e do hospital.

Declaro estar ciente que existe uma cobrança financeira a respeito deste exame, tomei ciência e autorizei através de documento específico, e compreendo que esse valor é devido pela realização e pela tentativa de processamento do material, sendo cobrado integralmente ainda que, pelas limitações acima descritas, não seja possível a obtenção de resultado.

Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e que autorizo, de forma livre e esclarecida, a realização do estudo de cariótipo do material da minha perda fetal.

Nome do paciente ou responsável: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____