

GRUPO SANTA JOANA

Santa Joana | Pro Matre | Santa Maria

TERMO DE CIÊNCIA

Exame Genético do Material da Perda Gestacional Microarray Cromossômico (Array-CGH/SNP)

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, declaro que fui orientado(a) pelo(a) médico(a) Dr(a). _____, CRM _____, sobre a realização do exame genético chamado microarray cromossômico por Array-CGH/SNP, no material obtido após a minha perda gestacional.

Fui informado(a) de que este exame analisa o DNA (material genético) do tecido coletado. Ele avalia os cromossomos, que são estruturas que carregam as informações genéticas do organismo, e procura alterações no número ou em partes desses cromossomos. O resultado pode ajudar a investigar uma possível causa genética da perda gestacional e a orientar futuras gestações.

Diferentemente do cariótipo, este exame não precisa que as células cresçam no laboratório. Mesmo assim, para que a análise seja possível, é necessário haver quantidade e qualidade adequadas de DNA do material gestacional. Às vezes, pode haver pouco tecido fetal saudável para análise, mistura com células da mãe, DNA degradado ou contaminação da amostra com outros tecidos. Em algumas situações, o laboratório poderá solicitar uma amostra da mãe para verificar se houve mistura de material materno.

Estou ciente de que o exame nem sempre traz uma resposta conclusiva. Ele não identifica todas as alterações genéticas e pode não detectar alguns tipos de mudanças nos cromossomos ou no DNA. Em alguns casos, pode ser encontrado um resultado cuja importância ainda não é conhecida. Dependendo do resultado, poderão ser necessários outros exames, avaliação com especialista ou aconselhamento genético.

Também compreendo que a falta de material adequado, a presença predominante de material materno ou a impossibilidade de concluir o exame podem acontecer mesmo quando a AMIU ou a curetagem é realizada corretamente. Essas situações dependem das condições do material prévias ao procedimento e do próprio processo de perda gestacional, e não significam falha da equipe médica ou do hospital.

Estou ciente de que este exame tem custo, informado em documento separado. O valor é devido pela realização e pelo processamento da amostra, mesmo que, pelas limitações explicadas acima, não seja possível obter um resultado.

Declaro que pude fazer perguntas, que recebi os esclarecimentos necessários e que autorizo, de forma livre e esclarecida, a realização do exame de microarray cromossômico por Array-CGH/SNP no material da minha perda gestacional.

Nome do paciente ou responsável: _____

Assinatura: _____

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