


<p>Sistema de Gestão da Qualidade</p> 	<p>TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE</p> <p>TESTE DE SEXAGEM FETAL -APOIO</p>	<p>RPT-018-05</p>
		<p>Revisão: 01</p> <p>Página: 1/1</p>

Eu,, RG nº,
desejo realizar o Teste de Sexagem Fetal, que possibilita a determinação do sexo de meu bebê por meio da análise de meu sangue.

Estou ciente de que:

1. Apenas mulheres com gravidez confirmada devem realizar o exame. O teste NÃO detecta uma possível gravidez. Assim, se uma mulher que não estiver grávida fizer o teste, o resultado liberado será sempre correspondente a uma gestação do sexo feminino.
2. Como qualquer outro exame laboratorial, a sensibilidade e especificidade do teste NÃO são de 100%. Este teste deve somente ser realizado a partir da oitava semana de gestação, quando a acurácia do teste é de 99%; isto é, um em cada 100 testes realizados determinam o sexo do feto erroneamente. Caso realizado antes da oitava semana, a acurácia do teste é menor do que 99%.
3. Se a gravidez for gemelar univitelina, os bebês terão o mesmo sexo; assim o resultado do teste é válido para ambos. Em gêmeos bivitelinos, com mais de uma placenta, a presença do cromossomo Y indica que pelo menos um dos bebês é do sexo masculino, não podendo determinar o sexo do outro bebe. A ausência de DNA masculino indica gravidez de duas meninas.
4. Em um pequeno número de casos em que amostra foi coletada na idade gestacional adequada, o resultado poderá ser inconclusivo. Neste caso, haverá necessidade de coleta de uma nova amostra após duas semanas e o novo teste será realizado sem ônus adicional.

§ 1. Em caso de necessidade de recoleta, a gestante será comunicada dentro do prazo selecionado para a realização do exame, a contar da data da coleta da amostra inicial;

§ 2. O Laboratório Genoprimer se reserva o direito de não efetuar o reembolso do valor do teste caso haja recusa da paciente em efetuar nova coleta de amostra.

5. Segundo estudos, a ecografia tem um índice de acerto de somente 75% antes da 14ª semana gestacional. Em decorrência desse fato, em caso de discrepância do resultado do teste de Sexagem Fetal em relação à ecografia, o Laboratório Genoprimer se reserva o direito de repetir o exame sem custo adicional somente com a apresentação do laudo de ecografia com idade gestacional superior a 14 semanas. (*Kearin M, Pollard K, Garbett I. Accuracy of sonographic fetal gender determination: predictions made by sonographers during routine obstetric ultrasound scans. Australasian Journal of Ultrasound in Medicine 2014; 17(3):125-130*)

§ 1. Em caso de necessidade de recoleta, a gestante será comunicada dentro do prazo selecionado para a realização do exame, a contar da data da coleta da amostra inicial;

Declaro ainda que:

-Minha idade gestacional é de _____ semanas e _____ dias

-Realizei procedimento de hiperovulação e/ou fertilização "in vitro" () SIM () NÃO

-Recebi, em algum momento da vida, transfusão de sangue ou transplante de órgãos () SIM () NÃO

- Meu exame deve ser realizado no prazo de: () 5 DIAS ÚTEIS () 3 DIAS ÚTEIS

Assinatura: _____ Data: _____