



# AUTISMO OU RETARDO INTELECTUAL

## EXAME aCGH 44k (Hibridização Genômica Comparativa)

**MATERIAL: 5ml DE SANGUE EM EDTA DO(A) PACIENTE  
E TAMBÉM DOS PAIS, SE NECESSÁRIO OBTER ESCLARECIMENTOS  
RESULTADO: A PARTIR DE 30 DIAS**

DATA DE COLETA  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
ENVIAR O MATERIAL IMEDIATAMENTE APÓS A  
COLETA, PARA O GENE, EM BELO HORIZONTE.  
**VIDE ENDEREÇO ABAIXO**

### FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO

Autismo e Retardo Intelectual afetam 4% de todas as crianças. No Brasil, há mais de 4 milhões de afetados e a cada ano nascem cerca de 100 mil novos casos. A maioria não recebe diagnóstico etiológico. E descobrir a causa do problema é indispensável para o tratamento específico e prognóstico do desenvolvimento do(a) paciente, assim como para o aconselhamento genético e planejamento reprodutivo dos pais, irmãos e parentes.

#### NOVO EXAME aCGH: DA CITOGENÉTICA À CITOGENÔMICA

É importante realçar os benefícios da NOVA e EFICIENTE técnica de hibridização genômica comparativa aCGH, um exame ÚNICO em DNA que permite o diagnóstico SIMULTÂNEO de TODAS as alterações cromossômicas causadoras de doenças. O Laboratório GENE indica a aCGH 44k, que testa 44 mil regiões diferentes do genoma do(a) paciente e detecta perda ou ganho de material genético em 15 a 20% dos pacientes com Autismo ou Retardo Intelectual.

#### COMPARE: CITOGENÉTICA CLÁSSICA x CITOGENÉTICA MOLECULAR x aCGH 44K

- A **citogenética clássica (cariótipo)** estuda 400 a 600 regiões do DNA em cromossomos bandeados e detecta alteração em 4% dos pacientes com Autismo ou Retardo Intelectual.
- A **citogenética molecular pela técnica PCR** estuda síndromes específicas, uma-a-uma. É preciso uma suspeita diagnóstica prévia para saber qual teste realizar, o que nem sempre é possível pela variabilidade de apresentações clínicas das síndromes.
- A **citogenômica molecular pela técnica aCGH** com resolução 44k estuda 44 mil regiões do DNA e detecta alterações cromossômicas em 15 a 20 % dos pacientes com Autismo e Retardo Intelectual.

**Li e entendi as explicações acima. Autorizo o LABORATÓRIO GENE a realizar o exame aCGH 44k.**

Assinatura do(a) representante legal, igual à do documento de identidade

NOME LEGÍVEL DO(A) REPRESENTANTE LEGAL, QUE ASSINOU ACIMA	CPF	GRAU DE PARENTESCO COM O(A) PACIENTE
---	-----	--------------------------------------

#### PREENCHER TODOS OS CAMPOS ABAIXO

NOME DO(A) PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	CELULAR DA FAMÍLIA ( )
NOME DA MÃE	NOME DO PAI	
ENDEREÇO	CEP	OUTRO TELEFONE DE CONTATO ( )
CIDADE-UF	E.MAIL DA FAMÍLIA	
NOME DO(A) MÉDICO(A)	TELEFONE DO(A) MÉDICO(A) ( )	
ENDEREÇO DO(A) MÉDICO(A) PARA REMESSA DO RESULTADO	CEP	CELULAR DO(A) MÉDICO(A) ( )
CIDADE-UF	E.MAIL DO(A) MÉDICO(A)	

#### DADOS PARA EMISSÃO DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO

NOME COMPLETO	CPF OU CNPJ	
ENDEREÇO	CELULAR ( )	
CIDADE-UF	CEP	OUTRO TELEFONE DE CONTATO ( )