



# ESTUDO GENÉTICO DE PERDAS FETAIS

## CARIÓTIPO CLÁSSICO

MATERIAL FRESCO DE CURETAGEM  
(RESTOS OVULARES E/OU PLACENTÁRIOS EM SORO)  
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

1. O exame pela **citogenética clássica** é uma tentativa científica de determinar o cariótipo fetal e obter informações sobre possíveis causas da perda da gravidez, o risco de novas perdas, o risco de nascimento de um bebê anormal nas próximas gravidez, a necessidade, ou não, de diagnóstico pré-natal em vilos coriais ou líquido amniótico, bem como as chances de sucesso nas gestações futuras. O LABORATÓRIO GENE utiliza técnicas avançadas para realizar estudos genéticos fetais, com reconhecida competência.

2. O cariótipo fetal completo, pela **citogenética clássica**, só pode ser determinado quando existem células fetais vivas em processo ativo de divisão celular (mitose) ou que comecem a se dividir, em estufa, respondendo ao cultivo em laboratório.

3. Em material de gravidez interrompida, a taxa de sucesso na obtenção do cariótipo fetal completo é de cerca de 80%. É importante saber que 20% dos exames de **citogenética clássica** de perdas gestacionais não podem ser completados por motivos que não dependem do laboratório.

4. O resultado do exame depende do estado do material fetal. A presença de maceração, ressecamento, contaminação e adição de álcool ou formol podem inviabilizar o exame pela **citogenética clássica** (obtenção do cariótipo fetal). Em qualquer desses casos, os cromossomos ainda podem ser estudados pela metodologia da **citogenética molecular**, também disponível no LABORATÓRIO GENE.

5. **CORTESIA**: quando os tecidos fetais não permitem o resultado com técnicas de **citogenética clássica**, são realizados pelo LABORATÓRIO GENE, de cortesia, exames extras pela **citogenética molecular**. Trata-se do estudo do DNA de cromossomos específicos, com técnica PCR, para diagnosticar o sexo fetal (XX ou XY) e detectar monossomia do cromossomo X (síndrome de Turner) e outras aneuploidias sexuais (XXX - trissomia X, XXY - síndrome de Klinefelter ou XYY - dissomia Y), triploidia (69XXX, 69XXY ou 69XYY) e monossomia ou trissomia dos cromossomos 2, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 18, 21 e 22, que incluem as causas cromossômicas mais frequentes de abortamentos precoces.

Li e entendi as explicações e condições acima. Autorizo o LABORATÓRIO GENE a realizar o exame, sabendo que o pagamento não está vinculado à obtenção do **cariótipo fetal pela citogenética clássica**. O LABORATÓRIO GENE realizará procedimentos complexos e dispendiosos e só saberá se as células fetais serão viáveis, ou não, ao final dos mesmos. Em caso negativo, serão realizados os exames adicionais de **citogenética molecular** (item 5 acima).

Assinatura da paciente ou representante, igual à do documento de identidade \_\_\_\_\_

NOME DO(A) REPRESENTANTE DA PACIENTE, SE PERTINENTE	CPF	GRAU DE PARENTESCO COM A PACIENTE
---	-----	-----------------------------------

#### PREENCHER TODOS OS CAMPOS ABAIXO

NOME DA PACIENTE		CPF
INFORME O NÚMERO DE: GESTAÇÕES <input type="text"/>	PARTOS <input type="text"/>	ABORTOS <input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO	CELULAR ( )	
ENDEREÇO DA PACIENTE	CEP	OUTRO TELEFONE DE CONTATO ( )
CIDADE-UF	E.MAIL DA PACIENTE	
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 (SE DIFERENTES DOS DA PACIENTE)

NOME COMPLETO		CPF OU CNPJ
ENDEREÇO		BAIRRO
CIDADE-UF	CEP	TELEFONE ( )