



ESTUDO GENÉTICO DE PERDAS FETAIS

CITOGENÉTICA MOLECULAR PELA QF-PCR

AMOSTRA: MATERIAL DE CURETAGEM - RESTOS OVULARES E/OU PLACENTÁRIOS EM ÁLCOOL OU SORO (EXCEPCIONALMENTE, EM FORMOL OU BLOCO DE PARAFINA)
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

O exame de **citogenética molecular** é realizado a partir do DNA extraído de tecidos de perda fetal mantidos em soro, álcool comum (preferencialmente) ou formol e estudado pela técnica QF-PCR (Reação em Cadeia da Polimerase Quantitativa Florescente).

A amostra deve ser acondicionada em vidro limpo ou copo estéril - usado para exame de urina - com tampa de rosca bem fechada e selada com fita crepe ou esparadrapo para não vazar. O conservante ideal é o etanol (álcool comum) para neutralizar o cheiro. O formol deve ser evitado pois degrada o DNA, dificulta e encarece o exame.

Este exame em DNA extraído dos tecidos enviados utiliza a técnica QF-PCR e define o sexo fetal (XX - feminino ou XY - masculino), diagnostica aneuploidias dos cromossomos sexuais (monossomia X - síndrome de Turner, XXX - trissomia X, XXY - síndrome de Klinefelter ou XYY - dissomia Y), triploidia (69XXX, 69XXY ou 69YYY) e monossomia ou trissomia dos cromossomos de números 2, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 18, 21 e 22, que incluem as causas cromossômicas mais frequentes das perdas fetais.

NOTA: O exame de tecidos em formol ou que passaram por formol, mesmo que rapidamente, é mais difícil, mais caro e mais demorado. No caso de tecidos há muito tempo no formol ou em blocos de parafina, existe uma chance pequena do resultado não incluir todas as alterações listadas acima.

Li e entendi as explicações e condições acima. Autorizo o LABORATÓRIO GENE a realizar o exame citogenético molecular pela QF-PCR.

Assinatura da paciente ou de seu(sua) representante, igual à do documento de identidade apresentado

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 ()	

LABORATÓRIO GENE | NÚCLEO DE GENÉTICA MÉDICA | AV. AFONSO PENA 3111 9º ANDAR | 30130 909 BELO HORIZONTE MG

AVISE A EQUIPE DO LABORATÓRIO GENE SOBRE A REMESSA DO MATERIAL | FONE (31) 3284 8000 | FAX (31) 3227 3792 | E.MAIL gene@gene.com.br