

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

O presente Formulário descreve os benefícios, riscos e limitações da realização do exame de Sexagem Fetal, por favor leia cuidadosamente as informações.

A Sexagem Fetal é um exame para determinação do sexo do bebê a partir de uma amostra de sangue materno (plasma). Este teste baseia-se na detecção de fragmentos do cromossomo Y circulantes no plasma da mãe. Como esses fragmentos são exclusivos dos indivíduos do sexo masculino, a presença desta fração quando detectada na mãe, indica a gestação do sexo masculino, enquanto que sua ausência, indica sexo feminino.

Todas as mulheres grávidas podem realizar o teste. No entanto, este ensaio NÃO detecta uma gravidez. Portanto, apenas mulheres com gravidez confirmada devem realizar este exame. Além disso, este exame não é recomendado para gestantes que foram transplantadas bem como as que receberam transfusão sanguínea em período inferior a 6 meses. Vale ressaltar que gestações anteriores não interferem no resultado visto que o DNA fetal é rapidamente eliminado da circulação materna após o parto.

O teste deve ser realizado a partir da 8ª semana completa de gestação, quando a sensibilidade do teste é superior a 99,00%. Nesse sentido, não serão aceitas amostras com idade gestacional inferior a este período, pois impactará diretamente na interpretação e resultado final do teste.

O Ultrassom (US) alcança sensibilidade semelhante ao teste molecular somente próximo a 13ª semana de gestação. Por isso, podem ocorrer divergências entre o US e o teste molecular, dependendo do período que os exames estiverem sendo comparados.

No caso de gestação gemelar, o teste de sexagem fetal consegue identificar ambos os sexos na gestação monozigótica (gêmeos univitelinos), pois ambos compartilham o mesmo sexo. Por outro lado, para gêmeos bivitelinos (presença de duas placentas) com resultado masculino, o teste indica a presença de pelo menos um menino, não podendo esclarecer o sexo do outro feto. A ausência de DNA masculino (univitelina ou bivitelina), indica que ambos os sexos dos fetos são femininos.

Gestações múltiplas em que há a perda de um dos fetos, como pode ocorrer após procedimento de fertilização in vitro ou hiperovulação, pode interferir no resultado de sexagem fetal. Mesmo que os fetos sobreviventes sejam do sexo feminino, se o feto abortado for do sexo masculino seu DNA fetal será detectado, gerando um falso positivo para a presença de cromossomo Y. Nestes casos, a fração de DNA do feto abortado pode permanecer viável por mais de 20 semanas no plasma materno.

Em aproximadamente 5% dos casos, o resultado pode ser inconclusivo. Isso pode ocorrer devido a limitações técnicas ou possíveis interferentes na amostra. Neste caso, será necessária uma nova coleta após o período de 15 dias para repetição do teste na nova amostra. Alguns medicamentos como anticoagulantes à base de heparina*, podem inibir o teste, levando também a resultados inconclusivos.

Este exame não detecta alterações genéticas no feto e também não acerta 100% dos casos. Como qualquer outro teste biológico, o teste molecular apresenta limitações que podem levar a uma interpretação inadequada, o que é esclarecido com a repetição do ensaio em nova amostra.

*Jamais suspender o uso do medicamento sem consentimento do médico para a realização deste teste.

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 03

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Favor preencher os dados abaixo

Os dados a seguir são necessários para a correta interpretação do resultado. Por favor, escreva com letra legível para que a análise possa ser realizada com informações corretas.

Data de última menstruação (DUM): ____/____/____ Tempo gestacional: _____ semanas.

A gestação é gemelar? Sim Não

Realizou fertilização in vitro? (FIV) Sim Não

Se sim, quantos embriões foram implantados? _____

Realizou hiperovulação? Sim Não

Realizou procedimentos de transfusão de sangue nesses últimos 6 meses? Sim Não

Realizou transplante de órgão? Sim Não

Utiliza algum medicamento, Qual? Sim Não

Declaro entender e ter sido informada sobre as limitações do exame de sexagem fetal. Tive todas as minhas dúvidas esclarecidas sobre a realização do exame. Declaro ainda que estou ciente que o índice de acerto deste exame não é 100%, conforme descrito anteriormente.

Data: ____/____/____

Nome da Gestante: _____

Assinatura: _____

RG/CPF: _____

IMPORTANTE: O ENVIO DO QUESTIONÁRIO INCOMPLETO IMPLICARÁ EM ATRASO NA LIBERAÇÃO DO RESULTADO