



## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME TESTE GENÉTICO FETAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador do  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ( )paciente ( )responsável por  
\_\_\_\_\_, grau de parentesco \_\_\_\_\_ declaro estar ciente das  
seguintes informações abaixo:

### Sobre o exame e interferentes:

- Amostra a ser colhida: material de aborto ou restos ovulares. Para casos de fetos com mais de 20 semanas de gestação, sugere-se enviar um fragmento de 2 cm da pele do feto para análise.
- A amostra obtida deverá ser conservada em frasco estéril e solução fisiológica estéril, para não haver contaminação.
- Amostras deverão ser enviadas para análises até no máximo 24 horas após a coleta;
- Amostras contaminadas ou que não possuem viabilidade para estudo genético (exemplo: aborto retido por mais de 48 horas) poderão gerar resultados inconclusivos, de forma que **NÃO** haverá devolução do valor pago pelo exame.

**IMPORTANTE:** Havendo presença de qualquer interferente citado acima, o resultado poderá ser inconclusivo e **não haverá devolução do valor pago pelo exame.**

Diante do exposto, afirmo estar ciente das condições ideais da amostra e solicito a realização do exame, conforme descrito no pedido médico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável / Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico / CRM

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela aplicação do termo / Data