


<p>Sistema de Gestão da Qualidade</p> 	<p><b>TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE</b></p> <p><b>TESTE DE SEXAGEM FETAL</b></p>	<p><b>RPT-018-02</b></p>
		<p>Revisão: 04</p> <p>Página: 1/1</p>

Eu, ....., RG nº .....,  
desejo realizar o Teste de Sexagem Fetal, que possibilita a determinação do sexo de meu bebê por meio da análise de meu sangue.

Estou ciente de que:

1. Apenas mulheres com gravidez confirmada devem realizar o exame. O teste NÃO detecta uma possível gravidez. Assim, se uma mulher que não estiver grávida fizer o teste, o resultado liberado será sempre correspondente a uma gestação do sexo feminino.
  2. Como qualquer outro exame laboratorial, a sensibilidade e especificidade do teste NÃO são de 100%. Este teste deve somente ser realizado a partir da oitava semana de gestação, quando a acurácia do teste é de 99%; isto é, um em cada 100 testes realizados determinam o sexo do feto erroneamente. Caso realizado antes da oitava semana, a acurácia do teste é menor do que 99%.
  3. Se a gravidez for gemelar univitelina, os bebês terão o mesmo sexo; assim o resultado do teste é válido para ambos. Em gêmeos bivitelinos, com mais de uma placenta, a presença do cromossomo Y indica que pelo menos um dos bebês é do sexo masculino, não podendo determinar o sexo do outro bebe. A ausência de DNA masculino indica gravidez de duas meninas.
  4. São oferecidos três diferentes prazos de liberação de resultados de acordo com o valores dos testes. Prazo máximo de CINCO DIAS ÚTEIS, TRÊS DIAS ÚTEIS E 24 HORAS ÚTEIS.
  5. Em um pequeno número de casos em que amostra foi coletada na idade gestacional adequada, o resultado poderá ser inconclusivo. Neste caso, haverá necessidade de coleta de uma nova amostra após duas semanas e o novo teste será realizado sem ônus adicional.
- § 1. Em caso de necessidade de recoleta, a gestante será comunicada dentro do prazo selecionado para a realização do exame, a contar da data da coleta da amostra inicial;
- § 2. O Laboratório Genoprimer se reserva o direito de não efetuar o reembolso do valor do teste caso haja recusa da paciente em efetuar nova coleta de amostra.

Declaro ainda que:

-Minha idade gestacional é de \_\_\_\_\_ semanas e \_\_\_\_\_ dias

-Realizei procedimento de hiperovulação e/ou fertilização "in vitro" ( ) SIM ( ) NÃO

-Recebi, em algum momento da vida, transfusão de sangue ou transplante de órgãos ( ) SIM ( ) NÃO

- Meu exame deve ser realizado no prazo de ( ) 5 DIAS ÚTEIS ( ) 3 DIAS ÚTEIS ( ) 24 HORAS ÚTEIS

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_