

Título: Consentimento Sexagem Fetal

Cód: TC001

Versão:02

Elaborado em: FEV/2021

Página 1 de 2

Eu,.....
, CPF 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 96%; isto é, quatro 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 96%.
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. 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 de liberação do laudo, a contar da data da coleta da amostra inicial;

Título: Consentimento Sexagem Fetal

Cód: TC001

Versão:02

Elaborado em: FEV/2021

Página 2 de 2

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 – Quando?.....
- Minha gestação é gemelar () SIM () NÃO () NÃO SEI
- Sofri algum aborto nos últimos 12 meses () SIM () NÃO – Quando
-

Assinatura : _____ Data: _____