

## Formulário de Requisição

\*Campos de preenchimento obrigatório

DADOS DA GRÁVIDA				
Nome Completo: *				
N.º Doc. ID: *	Contacto: *	Data de nascimento: *	/	/ (dia/mês/ano)
Email:				
Morada Completa:				CP:
Idade Gestacional: *	/ (semanas/dias)	Medida por: *	<input type="checkbox"/> DUM <input type="checkbox"/> Ecografia <input type="checkbox"/> Data de Transferência (FIV)	
Teve algum abortamento antes desta gravidez? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, inserir data:				
Recebeu alguma transfusão de sangue / transplante de órgão? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, inserir data:				
Gravidez por FIV?: * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, inserir data de transferência:*				Nº de embriões implantados: *
N.º Fetos desta gravidez: * <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Gémeo evanescente? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

DADOS DO TESTE / AMOSTRA (informação a fundo cinza é de preenchimento pelo laboratório)				
Estudo solicitado: * <input type="checkbox"/> Determinação do sexo fetal <input type="checkbox"/> Determinação do sexo fetal + Rastreo do 1º T (preencher também o inquérito específico)				
Indicação: * <input type="checkbox"/> Solicitação dos pais <input type="checkbox"/> Antecedentes Clínicos: <input type="checkbox"/> Outro:				
Formato de entrega de resultado: <input type="checkbox"/> Consulta em www.synlab.pt <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Impresso (levantamento presencial na unidade)				
Idioma de entrega de resultado: <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês				
Data de colheita: *	/	/	Hora Colheita: *	Assinatura Técnico: Volume: Nº Tubos:

DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR (preencher apenas em caso de prescrição médica)		
Nome e Apelido(s):		
Email:		Contacto:
Especialidade:	Instituição:	N.º Cédula:

CONSENTIMENTO INFORMADO DA CLIENTE	
<p><b>Estudos em ADN fetal no plasma, Método:</b> Em 1997, a descoberta da presença de ADN fetal livre (cffDNA) no plasma materno abriu uma nova área de investigação com o objetivo de reduzir a utilização de métodos convencionais invasivos de Diagnóstico Pré-Natal (Biópsia das Vilosidades Coriônicas, Amniocentese) que implicam risco de perda fetal. O cffDNA (ADN fetal livre) representa 3-10 % do total de ADN livre no plasma materno, a sua quantidade aumenta com a idade gestacional e é eliminado completamente nas horas subseqüentes ao parto. É possível detetar seqüências de ADN herdadas do pai (cromossoma Y) e ausentes na mãe, de forma fiável por RT-PCR quantitativa em tempo real. Com base neste princípio, é possível a deteção de seqüências específicas do cromossoma Y (determinação do sexo fetal). Dependendo das seqüências analisadas, o teste apresenta sensibilidades diferentes, aumentando a sua fiabilidade com as semanas de gestação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A determinação do sexo fetal apresenta uma fiabilidade de 99% a partir da 10ª semana de gestação <b>ecográfica</b>.</li> <li>Em caso de gestação múltipla, o teste não faz a discriminação entre os dois fetos.</li> <li>Este teste não efetua o diagnóstico de qualquer anomalia ou doença genética fetal.</li> <li>Pode ser necessário confirmar resultados inconclusivos numa nova amostra.</li> <li>Transfusões de sangue ou transplante de órgão, ou PMA por FIV, podem interferir com o resultado.</li> </ul> <p>Ao assinar este formulário certifico que fui informada sobre todos os aspetos e limitações relacionados com a realização deste teste, e solicito a sua realização.</p>	
Assinatura da cliente: *	Data: * / / (dia/mês/ano)
Nome do representante legal:	Nº Doc. Identificação:
Assinatura do representante legal:	Data: * / / (dia/mês/ano)