



SEXAGEM FETAL - QUESTIONÁRIO

***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 bi vitelinos (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 bi vitelina), 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.**

Para obter mais informações sobre o tratamento de dados pessoais consulte a Política de Privacidade:

<https://www.theolabs.com.br>



COLE AQUI
ETIQUETA THEOAB

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? ☐ Não ☐ Sim

Realizou fertilização in vitro? (FIV) ☐ Não ☐ Sim

Se sim, quantos embriões foram implantados? _____

Realizou hiperovulação? ☐ Não ☐ Sim

Teve aborto nos últimos 6 meses? ☐ Não ☐ Sim

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

Realizou transplante de órgão? ☐ Não ☐ Sim

Utiliza algum medicamento, Qual? ☐ Não ☐ Sim

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% e há 5% de possibilidade de resultados inconclusivos, devido a limitações técnicas, conforme descrito anteriormente na página 01 deste questionário.

Data: _____/_____/_____

Nome da Gestante: _____

Idade da gestante: _____

Assinatura da gestante ou responsável: _____

RG/CPF da gestante: _____

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