

APRESENTAÇÃO DO EXAME:

O exame de Sexagem Fetal é realizado para determinação do sexo do feto a partir de uma amostra de sangue materno (plasma) e baseia-se na detecção de fragmentos do cromossomo Y circulantes no plasma materno. Estes fragmentos são exclusivos de indivíduos do sexo masculino, portanto a presença desta fração, quando encontrada na mãe (sexo feminino), indica gestação do sexo masculino, enquanto a ausência indica sexo feminino.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- Este exame NÃO detecta gravidez, portanto apenas mulheres com gravidez CONFIRMADA devem realizá-lo.
- Este exame NÃO é recomendado para gestantes que foram transplantadas ou receberam transfusão sanguínea em período inferior a 6 meses.
- Este exame deve ser realizado a partir da 8ª semana de gestação, quando a sensibilidade do teste é de 99,00%. O exame com Ultrassom (US) alcança uma sensibilidade semelhante a este teste próximo a 13ª semana de gestação, portanto, podem ocorrer divergências entre os dois testes, dependendo do período ao qual estão sendo comparados.
- Não serão aceitas amostras de pacientes com idade gestacional inferior a 8 semanas, dado o impacto direto na interpretação e no resultado final do teste.
- Em casos de gestação gemelar:
 - Gestação monozigótica (gêmeos univitelinos): O exame consegue identificar ambos os sexos pois os ambos compartilham o mesmo sexo.
 - Gestação dizigótica (gêmeos bivitelinos): Em caso de resultado masculino, o exame indica que ao menos um dos gêmeos é do sexo masculino. Em caso de ausência de DNA masculino, indica que ambos os fetos são do sexo feminino.
- Este exame NÃO detecta alterações genéticas no feto.
- Este exame NÃO tem 100% de sensibilidade e especificidade. Como qualquer outro exame, este teste molecular apresenta limitações que podem levar a uma interpretação inadequada, o que deve ser esclarecido com a repetição do teste utilizando uma nova amostra.

POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS

- Gestações anteriores NÃO interferem no resultado.
- Em casos de gestações múltiplas em que há perda de um dos fetos, poderá haver interferência no resultado do exame. Isto pode ocorrer após procedimentos de fertilização in vitro ou hiperovulação. Mesmo que os fetos sobreviventes sejam do sexo feminino, se o feto abortado for do sexo masculino poderá haver detecção do fragmento Y, podendo gerar um resultado falso positivo (falso masculino). Nestes casos, a fração de DNA do feto abortado permanece viável por mais de 20 semanas no plasma materno e este exame não é indicado.
- Este exame pode apresentar resultado INCONCLUSIVO em aproximadamente 5% dos casos, devido às limitações técnicas ou interferentes na amostra. Nestes casos, será necessária nova coleta após o período de 15 dias para repetição.
- Medicamentos como anticoagulantes à base de heparina podem inibir o teste, levando a resultados inconclusivos. Não suspenda nenhum tipo de medicação sem orientação médica prévia.

- Este documento é de preenchimento total OBRIGATÓRIO para a realização do teste de sexagem fetal, e todas as informações solicitadas são imprescindíveis para a interpretação do resultado do mesmo. Por favor, escreva com letra legível para que a análise possa ser realizada com informações corretas.

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

Data da última menstruação: ____/____/____

Data da primeira ecografia: ____/____/____

Idade gestacional em semanas na data da realização deste exame: _____ semanas.

A gestação é gemelar?

() Sim.

() Não.

Realizou fertilização in vitro (FIV)?

() Sim. Quantos embriões foram implantados? _____

() Não.

Realizou hiperovulação?

() Sim.

() Não.

Realizou transplante de órgãos?

() Sim.

() Não.

Realizou procedimento de transfusão de sangue nos últimos 6 meses?

() Sim.

() Não.

Utiliza algum medicamento?

() Sim. Quais? _____

() Não.

Declaro ter sido informada sobre as limitações do exame de sexagem fetal e compreendo todas as informações apresentadas neste documento. 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%, conforme descrito anteriormente.

Nome completo da paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

RG/CPF:

Assinatura da paciente

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.