

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO
ESTUDO MORFOLÓGICO DO PRIMEIRO TRIMESTRE
RASTREAMENTO PARA SÍNDROMES CROMOSSÔMICAS/MALFORMAÇÕES FETAIS,
PRÉ-ECLÂMPZIA PRECOCE E TRABALHO DE PARTO PREMATURO

GESTANTE: _____ **PRONTUÁRIO:** _____

O QUE É UM TESTE DE RASTREAMENTO?

É um teste que calcula a probabilidade do indivíduo ser portador de determinada patologia. Esta probabilidade pode aumentar ou diminuir após a realização do teste.

RASTREAMENTO SÍNDROMES CROMOSSÔMICAS (Ex.: SÍNDROME DE DOWN) E MALFORMAÇÕES FETAIS

Toda gestante possui um pequeno risco que seu bebê seja portador de uma síndrome cromossômica. Esse risco aumenta conforme aumenta a sua idade.

Através da avaliação de determinados sinais ultrassonográficos podemos calcular o risco de um bebê ser portador de uma síndrome. Os sinais avaliados neste teste são: **Translucência Nucal, Osso Nasal, Fluxos do Ducto Venoso e da Valva Tricúspide.**

Um resultado que indique baixo risco **não exclui** a possibilidade do seu bebê ser portador de uma síndrome, mas diminui essa chance significativamente.

Um resultado de alto risco **não define** um diagnóstico de síndrome, apenas aumenta essa probabilidade (nos casos de alto risco outros exames diagnósticos poderão ser propostos).

A avaliação da anatomia fetal, nesta fase precoce da gestação, permite também que determinadas patologias fetais já possam ser diagnosticadas ou excluídas.

() Desejo realizar o rastreamento para síndromes cromossômicas (**medida da Translucência Nucal, Osso Nasal e Fluxos do ducto venoso e da valva tricúspide**) e rastreamento das malformações fetais.

() **NÃO** desejo realizar o rastreamento para síndromes cromossômicas e malformações fetais.

RASTREAMENTO DE PRÉ-ECLÂMPZIA PRECOCE E RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

A **avaliação do Doppler das artérias uterinas**, associado a determinados parâmetros maternos, permite calcular o risco individual de uma gestante desenvolver restrição de crescimento fetal e pré-eclâmpzia precoce (aumento da pressão arterial antes da 34ª semana).

Quando esse risco for considerado elevado, o Obstetra responsável poderá orientar a paciente dos cuidados pertinentes e o uso de medicamento(s) que possa(m) minimizar esse risco.

() **Desejo realizar** o Doppler das artérias uterinas para rastreamento de pré-eclâmpzia precoce e restrição de crescimento fetal.

() **NÃO** desejo realizar o rastreamento de pré-eclâmpzia precoce e restrição de crescimento fetal.

RASTREAMENTO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

A **medida do colo uterino (avaliado por via endovaginal)**, associado a determinados parâmetros maternos, permite calcular o risco individual de uma gestante ter um bebê prematuro.

Quando esse risco for considerado elevado, o Obstetra responsável poderá orientar a paciente quanto às possíveis condutas, com intuito de minimizar o risco de parto prematuro.

() **Desejo realizar** a medida do colo uterino por via vaginal para rastreamento de trabalho de parto prematuro.

() **NÃO** desejo realizar o rastreamento de trabalho de parto prematuro.

É IMPORTANTE RESSALTAR:

- As síndromes cromossômicas são pouco frequentes e submeter-se a um teste para sua detecção deve ser uma decisão do casal.

- Mesmo diante de um resultado que indique um alto risco, os resultados finais irão mostrar normalidade na maioria dos casos.

- A avaliação da anatomia fetal no primeiro trimestre possui limitações relacionadas ao tamanho e precocidade do desenvolvimento fetal, devendo ser complementada pelo estudo morfológico do 2º trimestre.

- A medida do colo uterino deverá ser complementada no estudo morfológico do 2º trimestre (20/24 semanas), pela via endovaginal, quando possui maior sensibilidade na detecção do trabalho de parto prematuro.

- **A determinação do sexo fetal entre 13 e 14 semanas é possível em alguns casos. A acurácia deste parâmetro é de aproximadamente 98%, podendo haver erro diagnóstico em até 2% dos casos.**

() Estou ciente que, caso seja possível detectar o sexo fetal no exame, pode ocorrer falha na avaliação de até 2%.

CONSENTIMENTOS E DECLARAÇÕES

Eu, abaixo assinado, declaro e consinto que:

Li e compreendi este documento, tal como as informações verbais e escritas que me foram fornecidas, incluindo a informação sobre os riscos e efetividade do exame.

Foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por mim colocadas.

Reconheço que este texto não pode descrever de forma exaustiva a totalidade das situações que possam vir a ter lugar no futuro, mas os aspectos médicos envolvendo as circunstâncias do estudo morfológico foram detalhadamente expostas.

Foi esclarecido que para a realização do exame é necessário que o Médico deslize o equipamento (se necessário exerça alguma pressão no abdome) manipulando a região afeta ao exame e, ainda, que a Paciente pode retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Desta forma, estando devidamente esclarecido, **AUTORIZO** a realização do exame, dando o meu consentimento de forma livre e esclarecida, sendo que o(a) Médico(a) responsável se colocou à disposição para maiores esclarecimentos.

Curitiba ___/___/_____

Assinatura: _____

CERTIDÃO DO MÉDICO

Certifico que antes do início do exame EU, ou algum dos membros da equipe, entregou informações sobre a natureza, propósito riscos e benefícios do exame. Certo que o(s) contratante(s) tenha(m) entendido completamente o que lhe(s) foi explicado, o(s) mesmo(s) consentiu/consentiram e autorizou/autorizaram a realização do(s) exame(s) proposto(s).

Assinatura: _____

CRM: _____