

### INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O EXAME

A Sexagem Fetal é um exame para a determinação do sexo do bebê. Não é invasivo. É realizado com uma amostra de sangue da mãe. Durante a gestação, uma pequena quantidade de células fetais passa para a circulação materna. O teste analisa o DNA fetal presente no sangue materno. Mais especificamente, o teste baseia-se na identificação de partes (sequências gênicas) do cromossomo Y, o que determina as características sexuais masculinas. Como apenas indivíduos do sexo masculino possuem esse cromossomo dentro de suas células, sua presença na amostra analisada indica um menino e a sua ausência indica uma menina.

**O teste NÃO detecta uma possível gravidez.** Assim, se uma mulher que não estiver grávida fizer o teste o resultado será correspondente ao de uma gestação do sexo feminino. Apenas mulheres com gravidez confirmada devem realizar o exame.

Como qualquer outro exame laboratorial, a sensibilidade e a especificidade do teste NÃO são de 100%. A sensibilidade varia de até 70% quando o exame é realizado antes da 8ª semana de gestação e até 98,2%, após a 8ª semana de gestação. Por este motivo, recomendamos que a coleta da amostra seja realizada a partir da 8ª semana de gestação.

Em aproximadamente 5% dos casos, o resultado pode ser inconclusivo, sendo necessária uma 2ª coleta, no mínimo, após 2 semanas para obter-se um resultado conclusivo.

O resultado de sexo feminino que posteriormente for verificado como sendo do sexo masculino deve-se principalmente à quantidade insuficiente de células fetais no momento da coleta, em especial se esta for realizada antes da 8ª semana de gestação ou, ainda, à aspectos relacionados à viabilidade (<48h) e qualidade da amostra.

Para o resultado do sexo masculino que posteriormente for verificado uma gravidez de feto feminino as causas incluem: a mãe ter recebido transfusão de sangue ou transplante de órgão de um homem; a mãe ter sido submetida a procedimento de hiperovulação e/ou fertilização *in vitro*. Neste caso não é incomum que um ou mais embriões não sobrevivam e estudos mostram que a detecção do DNA destes embriões pode ocorrer durante um período após o abortamento. Alguns estudos associam ainda a possibilidade deste tipo resultado com a coleta e a manipulação das amostras por profissionais do sexo masculino.

O exame não detecta doenças genéticas nem anomalias no feto.

Se a gravidez for gemelar: em gêmeos univitelinos, os bebês terão o mesmo sexo assim o resultado é válido para ambos. Em gêmeos bivitelinos, com mais de uma placenta, a presença do cromossomo Y indica que um dos bebês é do sexo masculino, não podendo determinar o sexo do outro feto. A ausência de DNA masculino indica gravidez de duas meninas.

***O resultado deste exame não deve ser interpretado como definitivo já que não garante 100% de acerto.***

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME

**FAVOR PREENCHER OS DADOS ABAIXO E ENVIAR ESTA FICHA COM O MATERIAL COLETADO.**

Declaro ter sido informada e que tive todas as minhas dúvidas esclarecidas sobre os procedimentos para a realização do exame de sexagem fetal. Declaro ainda que entendo os termos e estou ciente dos índices de acerto desde exame, conforme descrito anteriormente.

Nome da Gestante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Gestante: \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data da última menstruação (DUM): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tempo gestacional: \_\_\_\_\_ semanas.

Gestação atual: Única:  Gemelar:  Não sei:

Realizou procedimento de hiperovulação: ( ) SIM ( ) NÃO

Realizou procedimento de fertilização "in vitro": ( ) SIM ( ) NÃO

Realizou procedimento de transfusão de sangue: ( ) SIM ( ) NÃO

Realizou procedimento transplante de órgão: ( ) SIM ( ) NÃO

A coleta do sangue foi feita por: ( ) HOMEM ( ) MULHER

Coleta realizada por: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, através deste consentimento concordo que seja feito uma análise laboratorial que visa à identificação do sexo da criança a partir da oitava semana de gravidez, e declaro que entendo os termos e a limitação do teste.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cliente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data