



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLETA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

TER.ESP.0362/03  
Implantação: 08/2020  
3ª Revisão: 04/2025  
Classificação: RESTRITO

Nome da paciente: \_\_\_\_\_

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, eu, \_\_\_\_\_ nascida em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, portadora do CPF nº \_\_\_\_\_, na condição de ( ) paciente ( ) responsável pela paciente acima identificada inscrita no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, **DECLARO**, para todos os fins legais, que recebi as orientações abaixo descritas do(a) profissional \_\_\_\_\_, em linguagem clara e acessível acerca das indicações, contraindicações, forma de realização e riscos relacionados à realização do exame de **COLETA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO**.

DECLARO que fui devidamente informada de que a amniocentese é um exame invasivo realizado durante o pré-natal para a coleta de líquido amniótico da bolsa gestacional, para análise das células fetais, o qual é realizado através de uma punção por agulha, guiada por ultrassom, através da parede abdominal da gestante. Usualmente, tal exame é indicado para avaliação genética fetal em caso de suspeita de síndromes ou doenças genéticas identificadas ao ultrassom e para avaliação de infecções fetais.

Além disso, a Amniocentese é um exame que não deve ser realizado antes de 15 semanas, sendo realizado idealmente a partir de 16 semanas de gestação.

DECLARO que fui devidamente cientificada referente aos possíveis riscos que o exame pode causar, conforme itens listados abaixo:

1. Perda fetal: existe um risco de 0.1% a 1,0% de perda fetal quando a amniocentese é realizada por um médico capacitado;
2. Ruptura prematura de membranas (romper a bolsa): risco de 0,3%;
3. Corioamnionite (infecção do líquido amniótico): complicação muito infrequente (incidência menor que 1:1000), mas que pode levar a infecção materna e fetal;
4. Outros riscos (raros): hemorragia da placenta, hematoma na parede abdominal materna, punção de alças intestinais maternas (especialmente em caso de aderências abdominais) podendo levar a peritonite (infecção abdominal materna).

DECLARO que me foram concedidas todas as informações referentes às considerações abaixo expostas, as quais compreendi plenamente:

- I. Caso a gestante tenha tipagem sanguínea Rh negativo, deverá ser administrada imunoglobulina anti-Rh idealmente nas primeiras 24 horas após o exame a fim de evitar isoimunização Rh (doença potencialmente grave que resulta da imunização materna pelo contato com o sangue fetal);
- II. Possibilidade de falha na coleta: Eventualmente, a punção pode não resultar em coleta de líquido amniótico;
- III. A análise do líquido amniótico é realizada pelos laboratórios pré-determinados e, em algumas situações, esta análise pode ser inconclusiva (pode não haver sucesso na avaliação das células fetais), havendo necessidade de nova punção;
- IV. Caso a mãe tenha história de infecção por HIV, hepatites ou outras doenças transmissíveis, deverá comunicar os médicos assistentes, uma vez que se tratam de contra indicações relativas à realização do exame pelo risco de transmissão vertical (transmissão da doença ao feto);

- V. Em caso de uso de anticoagulantes, é essencial que isso seja informado aos médicos assistentes, visto que há riscos para o feto e para a gestante.

**DADOS DA COLETA (IMPRESINDIVELMENTE PREENCHIDOS PELO MÉDICO ASSISTENTE):**

Médico(a) que coletou: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DUM: \_\_\_\_\_

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_

Gest.: \_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_ Perdas: \_\_\_\_\_

1ª Ser.: \_\_\_\_\_ mL

2ª Ser.: \_\_\_\_\_ mL

3ª Ser.: \_\_\_\_\_ ml

Soma dos volumes das seringas: \_\_\_\_\_ mL.

Quantidade de seringas: \_\_\_\_\_

Puncionadas nesta ordem: [ ] Sim [ ] Não

Seringas identificadas: [ ] Sim [ ] Não

Amostra: [ ] clara [ ] pouco sangue [ ] muito sangue [ ] meconial

**INDICAÇÃO DO EXAME:**

---

---

---

**ENVIO:**

Enviado via: ( ) Correios ( ) Sedex ( ) Sedex 10 ( ) Aéreo ( ) Transportadora ( ) Entregue ao paciente

Outrossim, afirmo ter lido e entendido todas as informações contidas no presente instrumento, bem como terem sido satisfeitas todas as dúvidas que me ocorreram. Assim, aceito as explicações sobre o exame e seus riscos, AUTORIZANDO a realização e eximindo o(a) médico(a) abaixo enunciado(a) de qualquer culpabilidade no eventual surgimento de complicações maternas ou fetais futuras, assumindo integralmente os riscos que atesto ter conhecimento.

Chapecó, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

<p>_____ Ass. Paciente e/ou Responsável Nome: _____ RG/CPF: _____</p>	<p>_____ Ass. Médico Assistente Nome: _____ CRM: _____ UF: _____</p>
---	--