

## AVALIAÇÃO DE RISCO FETAL PARA SÍNDROME DE DOWN E MALFORMAÇÃO DO TUBO NEURAL

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO FUNDAMENTAIS PARA O CÁLCULO DE RISCO E DEVEM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO ASSISTENTE DA PACIENTE. A REALIZAÇÃO DO TESTE ESTÁ CONDICIONADA AO COMPLETO PREENCHIMENTO DESTES QUESTIONÁRIOS.

ATENÇÃO: GESTÕES DE FETOS MULTIPLS E GESTANTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NÃO TERÃO O RISCO FETAL CALCULADO.

| TESTE           | FASE DE GESTAÇÃO   | EXAMES REALIZADOS  |
|-----------------|--|--|
| TESTE COMBINADO | 1º TRIMESTRE - 10ª A 13ª SEMANA                                    | bHCG livre + PAPP-A + TRANSLUCÊNCIA NUCAL                                    |
| TESTE TRIPLO    | 2º TRIMESTRE - 15ª A 22ª SEMANA                                    | ALFAFETOPROTEÍNA + ESTIROL livre + bHCG livre                                |
| TESTE INTEGRADO | 1º TRIMESTRE - 10ª A 13ª SEMANA<br>2º TRIMESTRE - 15ª A 22ª SEMANA | PAPP-A + TRANSLUCÊNCIA NUCAL + ALFAFETOPROTEÍNA + ESTIROL livre + bHCG livre |

Observação: A marcação do Teste Integrado somente é realizada após a coleta do segundo trimestre.

NOME DA PACIENTE: \_\_\_\_\_ PEDIDO: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_ Kg Data Coleta do Sangue: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data do 1º dia da última menstruação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Diabetes Mellitus: ( ) Sim ( ) Não

Sangramento vaginal recente: ( ) Sim ( ) Não

Gravidez por fertilização "in vitro": ( ) Sim ( ) Não

### ANORMALIDADES FETAIS EM GESTAÇÕES ANTERIORES:

Síndrome de Down: ( ) Sim ( ) Não

Malformação de Tubo Neural: ( ) Sim ( ) Não

Outras anormalidades, especifique: \_\_\_\_\_

### PREENCHA TODOS OS CAMPOS DO TESTE SOLICITADO

#### TESTE COMBINADO (1º TRIMESTRE)

Nome do ultra-sonografista: \_\_\_\_\_

Data da realização do ultra som: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Translucência Nucal (TN): \_\_\_\_\_ mm

Semanas de gestação ao ultra-som: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias Número de fetos: \_\_\_\_\_

#### TESTE COMBINADO (2º TRIMESTRE)

Nome do ultra-sonografista: \_\_\_\_\_

Data da realização do ultra som: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Diâmetro Biparietal: \_\_\_\_\_ mm

Semanas de gestação ao ultra-som: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias Número de fetos: \_\_\_\_\_

#### TESTE COMBINADO (1º TRIMESTRE + 2º TRIMESTRE)

Nome do ultra-sonografista: \_\_\_\_\_

Data da realização do ultra som: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Translucência Nucal (TN): \_\_\_\_\_ mm Número de fetos: \_\_\_\_\_

Semanas de gestação ao ultra-som: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias Número de fetos: \_\_\_\_\_

OBS: É NECESSÁRIO O ENVIO DE FOTOCÓPIA DO LAUDO DO ULTRA-SOM PARA REALIZAÇÃO DO TESTE.

O propósito da triagem com os testes de risco fetal é indicar as mulheres com risco aumentado de apresentar gestação com Síndrome de Down e Defeitos do Tubo Neural, não sendo resultado da triagem confirmatório destas condições, mas apenas indica a necessidade de realização de testes diagnósticos confirmatórios invasivos.

Nome Legível do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_