

Exame

Teste de 1º Trimestre (Teste Combinado) | Período Gestacional de Coleta: 10ª a 13ª semana e 6 dias | Período Ideal de Coleta : 12ª semana

Teste Triplo | Período Gestacional de Coleta: 14ª a 20ª semana | Período Ideal de Coleta : 16ª semana

Outros: _____

Dados da paciente

Nome completo: _____

RG/CPF: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Peso (Kg): _____ Altura (m): _____ DUM: ____/____/____

Etnia: Branco Negro ou Mulato Asiático Indígena Outros: _____

História clínico-obstétrica

Diabetes insulino dependente: Não Sim Fumante: Não Sim: _____ cigarros/dia

Biópsia de Vilo Corial ou Amniocentese prévia: Não Sim Data: ____/____/____ Resultado: _____

Paridade: Gesta: _____ Para: _____ Abortos: _____ Natimorto: _____

Sangramento vaginal nesta gestação: Não Sim Fez uso de ácido valpróico ou carbamazepina nesta gravidez: Não Sim

Gestação Atual por Fertilização Artificial: Não Sim Data da colheita dos óvulos: ____/____/____

Data de nascimento da doadora de óvulos: ____/____/____ Idade da doadora de óvulos à data provável do parto: _____

Estimulação ovariana com hCG ou gonadotrofina hipofisária exógena: Não Sim

Paciente apresenta alguma outra patologia tumoral, endócrina ou infecciosa: Não Sim. Qual: _____

Gestação anterior

Síndrome de Down: Não Sim Não hereditária Translocação hereditária Não especificada

Outras cromossomopatias: Não Sim Defeitos do Tubo Neural: Não Sim Outras malformações: Não Sim

Em caso positivo, especifique as malformações observadas: _____

Ultrassonografia - É obrigatório anexar uma cópia do laudo ultrassonográfico

Realizada no Serviço: _____ Nome do ultrassonografista: _____

Data US: ____/____/____ Idade gestacional: _____ semanas e _____ dias.

Baseada em: DBP: _____ mm CCN: _____ mm nº de fetos: _____

Batimentos cardíacos fetais: _____ min Osso nasal: Presente Não visualizado Ausente

Foi realizado Doppler de ducto venoso: Não Sim Se afirmativo: Onda A: Positiva Ausente Reversa

Translucência nucal: _____ mm (preenchimento obrigatório para 1º trimestre e Integrado)

Foi observada alguma alteração ultrassonográfica: Não Sim. Especifique: _____

Dados do médico solicitante

Nome completo: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Estou ciente de que este é um teste de triagem e as conclusões não são diagnósticas, mas sim indicativas da probabilidade de ocorrência de gestação afetada pelas anomalias investigadas e que um resultado negativo não exclui a possibilidade de uma gestação afetada, apenas significa que a probabilidade para as anomalias investigadas é baixa. Estou ciente de que um resultado positivo indica um risco aumentado de malformações fetais, embora a maioria das mulheres com resultado positivo não tenha uma criança afetada, havendo a necessidade de exames complementares para o diagnóstico final, a critério médico. Sendo assim manifesto expressamente meu consentimento para realização do exame.

Assinatura da paciente: _____

Data: ____/____/____

FOR.STE.0019/01