

**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 (preechimento 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