

## RASTREAMENTO BIOQUÍMICO AMPLIADO DO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

### QUESTIONÁRIO E TERMO DE CIÊNCIA

**ESTE EXAME DEVE SER REALIZADO SOMENTE EM GESTANTES NO PERÍODO DE 10 A 13 SEMANAS E 6 DIAS**

Para cálculo de **Risco Fetal** são necessários a abertura das sigla: **PAPP-A E BHCGFREE.**

IDADE GESTACIONAL ATUAL = \_\_\_\_\_ semanas e \_\_\_\_\_ dias

**ATENÇÃO:** o exame **não será liberado** sem essas informações

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ portadora de RG nº. \_\_\_\_\_, manifesto a intenção de realizar o teste de rastreamento bioquímico ampliado do primeiro trimestre da gestação por meio de exame ultrassonográfico e análise do meu sangue.

Assim, declaro estar ciente de que:

1. O rastreamento bioquímico ampliado do primeiro trimestre da gestação faz a associação entre dados clínicos maternos, medidas ultrassonográficas do feto (translucência nucal e osso nasal, doppler das artérias uterinas) e dosagens, no sangue materno, da proteína plasmática A associada à gestação (PAPP-A), da fração livre do hormônio beta- hCG (free beta-hCG) e do hormônio de crescimento placentário (PLGF).
2. O resultado do exame só inclui o cálculo de risco se a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre for realizada no laboratório. Do contrário, o laudo traz somente as dosagens da PAPP-A, da fração livre do beta-hCG e do hormônio de crescimento placentário.
3. Os critérios de realização desse teste de rastreamento incluem:
  - a. Apresentação de pedido médico;
  - b. Período de gravidez entre 11 semanas e 3 dias e 13 semanas e 6 dias (preferencialmente 12 a 12 semanas e 6 dias) para realização da ultrassonografia.
  - c. As dosagens bioquímicas no sangue materno a partir de 10 semanas.
  - d. Apresentação de exames anteriores, feitos na gestação em curso;

## RASTREAMENTO BIOQUÍMICO AMPLIADO DO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

### QUESTIONÁRIO E TERMO DE CIÊNCIA

e. Preenchimento do questionário abaixo, uma vez que as variáveis ali contidas interferem no cálculo do risco:

#### Questões para a gestante

- Qual é seu peso atual (kg): \_\_\_\_\_ E altura (cm): \_\_\_\_\_
- Fumou durante a gestação: ( ) Sim ( ) Não
- A que grupo étnico pertence: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Oriental ( ) Mista ( ) outros
- Tem diabetes: ( ) Sim ( ) Não, se resposta Sim: ( ) Tipo I ( ) Tipo II
- Tem Lúpus eritematoso sistêmico: ( ) Sim ( ) Não
- Tem Síndrome antifosfolípide (SAF): ( ) Sim ( ) Não
- Fez fertilização *in vitro*: ( ) Sim ( ) Não
  - se a resposta foi sim: Fez uso de indutor de ovulação? \_\_\_\_\_
    - Óvulos frescos ( ) Óvulos congelados ( )
    - Idade no momento do congelamento \_\_\_\_\_
    - Ovodoação? Não ( ) Sim ( ) Idade da doadora \_\_\_\_\_
- Uso de medicação para indução da ovulação: ( ) Sim ( ) Não
- Tem Hipertensão: ( ) Sim ( ) Não
- Mãe com hipertensão na gestação: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- Já teve partos anteriores: ( ) Sim ( ) Não
- Já teve pré-eclâmpsia (hipertensão) em gestação anterior? ( ) Sim ( ) Não
- Quantos partos com mais de 37 semanas (termo)? \_\_\_\_\_
- Quantas abortos/partos entre: 16 – 30 semanas: \_\_\_\_\_ 31 a 36 semanas \_\_\_\_\_
- Já teve algum bebê ou aborto com síndrome de Down ou outro problema genético: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_.

- Algum filho nasceu de baixo peso? ( ) Sim ( ) Não. Se não souber informe o peso e idade gestacional de nascimento que calculamos. Peso \_\_\_\_Kg IG \_\_\_\_\_ semanas
- Data da última ultrassonografia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (quando o exame não foi realizado no laboratório)
- Comprimento do embrião \_\_\_\_\_ mm
- Idade gestacional (informação nas conclusões) \_\_\_\_\_ semanas e \_\_\_\_\_ dias

**Estou ciente que preenchi todas as informações necessárias:**

Assinatura : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_