



# TESTE DE RISCO FETAL DLE

www.dle.com.br

ETIQUETA

O laudo do Teste de Risco Fetal é o resultado da integração de dados ultra-sonográficos, dados clínico-obstétricos da paciente, exames laboratoriais e dados estatísticos, portanto **esta requisição deverá ser totalmente preenchida.**

## EXAME:

<input type="radio"/> Teste de 1º Trimestre	Período Gestacional de Coleta: 10ª a 13ª semana e 6 dias	Período Ideal de Coleta : 12ª semana
<input type="radio"/> Teste Triplo	Período Gestacional de Coleta: 14ª a 22ª semana e 6 dias	Período Ideal de Coleta : 16ª semana
<input type="radio"/> Teste Integrado	Período Gestacional de Coleta: 1º e 2º Trimestre	Período Ideal de Coleta : 1ª coleta : 12ª semana - 2ª coleta : 16ª semana
<input type="radio"/> Outros:		

**DADOS DA PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Altura (m): \_\_\_\_\_ DUM : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grupo Étnico:  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? \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

**GESTÇÃO ANTERIOR**

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

Outras cromossomopatias?  Não  Sim Defeitos do Tubo Neural?  Não  Sim Outras mal-formações?  Não  Sim

Em caso positivo, especifique as mal-formações observadas: \_\_\_\_\_

**ULTRA-SONOGRAFIA**

**É obrigatório anexar uma cópia do laudo ultra-sonográfico.**

Realizada no Serviço: \_\_\_\_\_ Nome do ultra-sonografista: \_\_\_\_\_

Data U.S.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade gestacional: (\_\_\_\_) semanas + (\_\_\_\_) 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 nual: (\_\_\_\_) mm (preenchimento obrigatório para 1º trimestre e Integrado)

Foi observada alguma alteração ultra-sonográfica?  Não  Sim Especifique: \_\_\_\_\_

**DADOS DO MÉDICO**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

DATA DA COLETA (OBRIGATÓRIO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA REMESSA PARA O DLE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA RECEBIMENTO DLE / RUBRICA RESERVADO AO DLE

## Termo de esclarecimento e consentimento

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 o para as anomalias investigadas é baixa.

Estou ciente de que um resultado positivo indica um risco aumentado de mal-formações 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_