



TESTE DE RISCO FETAL

DLE.com.br

DLE
Genética Humana
e Doenças Raras

ETIQUETA

O laudo do Teste de Risco Fetal é o resultado da integração de dados ultrasonográficos, dados clínico-obstétricos da paciente, exames laboratoriais e dados estatísticos, portanto **este questionário deverá ser totalmente preenchido.**

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:	<input type="radio"/> Branco	<input type="radio"/> Negro ou Mulato	<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Indígena

HISTÓRIA CLÍNICO - OBSTÉTRICA	Diabetes insulino dependente?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Fumante?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim - () Cigarros/dia		
	Biópsia de Vilo Corial ou Amniocentese prévia?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Data: ____/____/____	Resultado:			
	Paridade:	GESTA: ()	PARA: ()	ABORTOS: ()	NATIMORTO: ()			
	Sangramento vaginal nesta gestação:	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Fez uso de ácido valpróico ou carbamazepina nesta gravidez?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim		
	Gestação Atual por Fertilização Artificial:	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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:	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim					
	Paciente apresenta alguma outra patologia tumoral, endócrina ou infecciosa?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Qual?				
	Síndrome de Down?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não hereditária	<input type="radio"/> Translocação hereditária	<input type="radio"/> Não especificada		
	Outras cromossomopatias?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Defeitos do Tubo Neural?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Outras mal-formações?	<input type="radio"/> Não
Em caso positivo, especifique as mal-formações observadas:								

IMPORTANTE

GESTAÇÃO ANTERIOR	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:	<input type="radio"/> DBP _____ mm	<input type="radio"/> CCN _____ mm	Nº de fetos: ()			
	Batimentos cardíacos fetais:	() min.	Osso nasal	<input type="radio"/> Presente	<input type="radio"/> Não visualizado	<input type="radio"/> Ausente	
	Foi realizado Doppler de ducto venoso?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Se afirmativo:	Onda A: <input type="radio"/> Positiva	<input type="radio"/> Ausente	<input type="radio"/> Reversa
	Translucência nucal:	() mm	(preenchimento obrigatório para 1º trimestre e Integrado)				
	Foi observada alguma alteração ultra-sonográfica?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> 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 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: ____/____/____

