

AVALIAÇÃO DE RISCO FETAL PARA SÍNDROME DE DOWN E MALFORMAÇÃO DO TUBO NEURAL

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO FUNDAMENTAIS PARA O CÁLCULO DE RISCO E DEVEM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO ASSISTENTE DA PACIENTE. A REALIZAÇÃO DO TESTE ESTÁ CONDICIONADA AO COMPLETO PREENCHIMENTO DESTES QUESTIONÁRIOS.

ATENÇÃO: GESTÕES DE FETOS MULTIPLS E GESTANTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NÃO TERÃO O RISCO FETAL CALCULADO.

TESTE	FASE DE GESTAÇÃO	EXAMES REALIZADOS
TESTE COMBINADO	1º TRIMESTRE - 10ª A 13ª SEMANA	bHCG livre + PAPP-A + TRANSLUCÊNCIA NUCAL
TESTE TRIPLO	2º TRIMESTRE - 15ª A 22ª SEMANA	ALFAFETOPROTEÍNA + ESTIROL livre + bHCG livre
TESTE INTEGRADO	1º TRIMESTRE - 10ª A 13ª SEMANA 2º TRIMESTRE - 15ª A 22ª SEMANA	PAPP-A + TRANSLUCÊNCIA NUCAL + ALFAFETOPROTEÍNA + ESTIROL livre + bHCG livre

Observação: A marcação do Teste Integrado somente é realizada após a coleta do segundo trimestre.

NOME DA PACIENTE: _____ PEDIDO: _____

Nascimento: ___/___/_____ Peso: ___ Kg Data Coleta do Sangue: ___/___/_____

Data do 1º dia da última menstruação: ___/___/_____

Diabetes Mellitus: () Sim () Não

Sangramento vaginal recente: () Sim () Não

Gravidez por fertilização "in vitro": () Sim () Não

ANORMALIDADES FETAIS EM GESTAÇÕES ANTERIORES:

Síndrome de Down: () Sim () Não

Malformação de Tubo Neural: () Sim () Não

Outras anormalidades, especifique: _____

PREENCHA TODOS OS CAMPOS DO TESTE SOLICITADO

TESTE COMBINADO (1º TRIMESTRE)

Nome do ultra-sonografista: _____

Data da realização do ultra som: ___/___/_____ Translucência Nucal (TN): _____ mm

Semanas de gestação ao ultra-som: _____ semanas _____ dias Número de fetos: _____

TESTE COMBINADO (2º TRIMESTRE)

Nome do ultra-sonografista: _____

Data da realização do ultra som: ___/___/_____ Diâmetro Biparietal: _____ mm

Semanas de gestação ao ultra-som: _____ semanas _____ dias Número de fetos: _____

TESTE COMBINADO (1º TRIMESTRE + 2º TRIMESTRE)

Nome do ultra-sonografista: _____

Data da realização do ultra som: ___/___/_____

Translucência Nucal (TN): _____ mm Número de fetos: _____

Semanas de gestação ao ultra-som: _____ semanas _____ dias Número de fetos: _____

OBS: É NECESSÁRIO O ENVIO DE FOTOCÓPIA DO LAUDO DO ULTRA-SOM PARA REALIZAÇÃO DO TESTE.

O propósito da triagem com os testes de risco fetal é indicar as mulheres com risco aumentado de apresentar gestação com Síndrome de Down e Defeitos do Tubo Neural, não sendo resultado da triagem confirmatório destas condições, mas apenas indica a necessidade de realização de testes diagnósticos confirmatórios invasivos.

Nome Legível do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura do Médico: _____