Laboratório Maricondi
excelência em diagnóstico
R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123
CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

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 DESTE QUESTIONÁRIO.

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

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

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

NOME DA PACIENTE: _____ **PEDIDO:** _____

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

Data do 1° 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:

Sindrome de Down: ( )Sim ( ) Não

Malformação de Tubo Neural: ( )Sim ( ) Não

Outras anormalidades, especifique: _____

PREENCHA TODOS OS CAMPOS DO TESTE SOLICITADO

TESTE COMBINADO (1° 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 (2° 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 (1° TRIMESTRE + 2° 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 Sindrome 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: _____

Assiantura do Médico : _____

ISO 9001 · Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas · PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade · Controllab