

PESQUISA DE BIOMARCADORES PARA PRÉ-ECLÂMPسيا

QUESTIONÁRIO E TERMO DE CIÊNCIA

Eu _____
portadora de RG nº _____, manifesto a intenção de realizar a pesquisa de biomarcadores para pré-eclâmpسيا, que deve ser realizada a partir de 20 semanas de gestação e tem como objetivo determinar o risco de desenvolvimento de complicações na gestação, em especial a pré-eclâmpسيا.

Questões para a gestante

- Qual é o seu peso atual (kg): _____ E altura: _____
- Qual a sua última medida de Pressão Arterial: _____

- Fumou durante a gestação: () Não () Sim
- A que grupo étnico pertence: () Branca () Negra () Oriental () Mista () outros
- Tem diabetes: () Não () Sim - Tem Lúpus eritematoso sistêmico? () Não () Sim
- Tem Síndrome antifosfolípide (SAF) ou Trombofilia: () Não () Sim Qual _____
- Tem Hipertensão: () Não () Sim Usa qual medicação e dosagem? _____
- Idade gestacional hoje (informação nas conclusões) _____ semanas e _____ dias
- Fez fertilização *in vitro*? () Não () Sim
- Fez uso de medicação para indução da ovulação: () Não () Sim
- O crescimento do bebê na última ultrassonografia é () Pequeno () Adequado/Normal
() Grande Data do exame: ____/____/____ Peso estimado: _____ g
- Já teve partos anteriores? () Não () Sim
 - Já teve pré-eclâmpسيا (hipertensão) em gestação anterior? () Não () Sim
 - Quantos partos com mais de 37 semanas (termo)? _____
 - Quantos abortos/partos entre: 16 – 30 semanas? _____ 31 a 36 semanas _____
 - Em algum dos partos prévios o bebê nasceu pequeno para a idade gestacional?
() Não () Sim: Qual o Peso e idade gestacional? _____
- Sua mãe desenvolveu hipertensão na gestação: () Não () Sim () Não sei
- Você sente algum dos sintomas abaixo com frequência?
 - Dor de cabeça () Sim () Não | Pontos escuros ou brilhantes na vista () Sim () Não
 - Dor de estômago () Sim () Não | Dor na parte de cima da barriga à direita
() Sim () Não
- Nome e telefone de contato atualizado de seu médico (se disponível favor incluir o número do celular)

Assinatura: _____ Data: _____