

Exame☐ **Teste de 1º Trimestre (Teste Combinado)** | Período Gestacional de Coleta: 10ª a 13ª semana e 6 dias | Período Ideal de Coleta : 12ª semana☐ **Teste Triplo** | Período Gestacional de Coleta: 14ª a 20ª semana | Período Ideal de Coleta : 16ª semana☐ **Outros:** _____**Dados da paciente**

Nome completo: _____

RG/CPF: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Peso (Kg): _____ Altura (m): _____ DUM: ____/____/____

Etnia: ☐ Branco ☐ Negro ou Mulato ☐ Asiático ☐ Indígena ☐ Outros: _____**História clínico-obstétrica**Diabetes insulino dependente: ☐ Não ☐ Sim **Fumante:** ☐ Não ☐ Sim: _____ cigarros/diaBiópsia 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 ☐ SimGestação 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 ☐ SimPaciente apresenta alguma outra patologia tumoral, endócrina ou infecciosa: ☐ Não ☐ Sim. Qual: _____**Gestação anterior**Síndrome de Down: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não hereditária ☐ Translocação hereditária ☐ Não especificadaOutras cromossomopatias: ☐ Não ☐ Sim Defeitos do Tubo Neural: ☐ Não ☐ Sim Outras malformações: ☐ Não ☐ Sim

Em caso positivo, especifique as malformações observadas: _____

Ultrassonografia - É obrigatório anexar uma cópia do laudo ultrassonográfico

Realizada no Serviço: _____ Nome do ultrassonografista: _____

Data US: ____/____/____ Idade gestacional: _____ semanas e _____ dias.

Baseada em: DBP: _____ mm CCN: _____ mm nº de fetos: _____

Batimentos cardíacos fetais: _____ min Osso nasal: ☐ Presente ☐ Não visualizado ☐ AusenteFoi realizado Doppler de ducto venoso: ☐ Não ☐ Sim Se afirmativo: Onda A: ☐ Positiva ☐ Ausente ☐ Reversa

Translucência nual: _____ mm (preechimento obrigatório para 1º trimestre e Integrado)

Foi observada alguma alteração ultrassonográfica: ☐ Não ☐ Sim. Especifique: _____**Dados do médico solicitante**

Nome completo: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

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 de para as anomalias investigadas é baixa. Estou ciente de que um resultado positivo indica um risco aumentado de malformações 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: ____/____/____

FQR.STE.0019/01