

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Dados do paciente

Nome:* _____ (campo obrigatório) Sobrenome:* _____
RG/CPF:* _____ Telefone: _____
Data de nascimento:* ____/____/____ (dia/mês/ano) E-mail: _____
Endereço: _____

Dados do médico solicitante

Nome completo: _____ CRM: _____ Código do cliente: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Especialidade: _____ Nome do centro/Hospital: _____
Endereço: _____

Dados da amostra

Nº da amostra: _____ Data da extração:* ____/____/____ (dia/mês/ano)

Dados clínicos da paciente

Peso:* _____ Kg Altura:* _____ cm

Etnia:

- Europeia/Norte-africana/Americana Sudeste asiático Oriente Próximo Outros: _____
 Mestiça Afrocaribenha Desconhecida

Diabetes

- Não Gestacional por dieta Gestacional insulino-dependente Mellitus I insulino-dependente
 Mellitus II por dieta Mellitus II insulino-dependente Não documentada

Risco de pré-eclampsia:*

Hipertensão crônica: Sim Não NA
Antecedentes clínicos de pré-eclâmpsia Sim Não NA Antecedentes familiares de pré-eclâmpsia: Sim Não NA

Dados da gestação

Gestações prévias: _____ Concepção:* Espontânea Indução da ovulação sem FIV FIV

Pressão arterial:* (aferida entre semana 11+2 e 14+1) Data de aferição:* ____/____/____ (dia/mês/ano)

PA braço esquerdo*	Sistólica	Diastólica		PA braço direito*	Sistólica	Diastólica	
Primeira aferição			mmHg	Primeira aferição			mmHg
Segunda aferição			mmHg	Segunda aferição			mmHg

RQ 0838 - QUESTIONÁRIO PRÉ-ECLÂMPسيا TEST-TRIAGEM

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Estudo ecográfico:* (realizado entre semana 10 e 14)

Data da ecografia:* ____/____/____ (dia/mês/ano)

Comprimento cabeça nádega (CCN/CRL):* ____ mm

Idade gestacional:* ____ S ____ D

Estudo DOOPLER:* (realizado entre semana 11+2 e 14+1)

Data do DOPPLER:* ____/____/____ (dia/mês/ano)

Índice de pulsatilidade
da artéria uterina:*

Direita

Esquerda

ua

ua

Assinatura do médico solicitante

Ao assinar este formulário, certifico que previamente à realização do Pré-eclâmpsia Test - Triagem, informei a paciente sobre os riscos e as implicações da realização deste teste. Certifico que sanei todas as dúvidas da paciente e que recebi o seu consentimento explícito para a realização do teste.

Assinatura do médico: _____ Data ____/____/____

Assinatura do paciente

Ao assinar este questionário, certifico ser maior de 18 anos de idade e consentir a realização do Pré-eclâmpsia Test - Triagem

Assinatura do paciente: _____ Data: ____/____/____