

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0838 QUESTIONÁRIO PRÉ-ECLÂMPSIA TEST-TRIAGEM

***Todos os dados são imprescindíveis**

Dados do paciente

*Nome completo: _____

*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
 Mestiça
 Afrocaribenha
 Desconhecida
 Outros: _____

Diabetes

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

*Risco de pré-eclâmpsia:

Antecedentes clínicos de pré-eclâmpsia: Sim Não NA

Hipertensão crônica: Sim Não NA

Antecedentes familiares de pré-eclâmpsia: Sim Não NA

Dados da gestação

Gestações prévias: _____

*Concepção: Espontânea Indução da ovulação sem FIV FIV

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

*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: ____/____/____