

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 || por dieta  Mellitus || 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

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_