

COLE AQUI
ETIQUETA DB**RQ-0838 QUESTIONÁRIO PRÉ-ECLÂPSIA 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 I insulino-dependente
☐ Mellitus II por dieta ☐ Mellitus II insulino-dependente ☐ Não documentada***Risco de pré-eclâmpsia:**Antecedentes clínicos de pré-eclâmpsia: ☐ Sim ☐ Não ☐ NAHipertensão crônica: ☐ Sim ☐ Não ☐ NAAntecedentes 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: ____/____/____