

QUESTIONARIO PRÉ-ECLÂMPسيا PRIMEIRO
TRIMESTRE (PECLIDG)

DADOS DA PACIENTE

Nome completo*:

RG/CPF*:

Telefone:

Data de nascimento*: / /
(dia/mês/ano)

E-mail:

Endereço:

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome completo:

CRM:

Código cliente:

E-mail:

Telefone:

Especialidade:

Nome do centro/Hospital:

Endereço:

DADOS DA AMOSTRA

Nº da amostra:

Data da coleta de sangue*: / /
(dia/mês/ano)

DADOS CLÍNICOS DA PACIENTE

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

Data da última menstruação*: / /
(dia/mês/ano)

Etnia:

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

Hipertensão crônica: Sim Não NA

Antecedentes clínicos de pré-eclâmpسيا: Sim Não NA

Antecedentes familiares de pré-eclâmpسيا: Sim Não NA

DADOS DA GESTAÇÃO

ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser preenchidos de acordo com os últimos estudos anteriores à coleta de sangue e a aferição da pressão arterial deverá ser realizada no dia da ecografia

Gestações anteriores:

- Concepção*: Espontânea
 Indução da ovulação sem FIV
 FIV

Pressão arterial*: (realizado entre semana 11+2 e 14+1)

Data de aferição*: / /
(dia/mês/ano)



QUESTIONARIO PRÉ-ECLÂMPسيا PRIMEIRO
TRIMESTRE (PECLIDG)

PA braço esquerdo*	Sistólica	Diastólica		PA braço direito*	Sistólica	Diastólica	
Antes da ecografia			mmHg	Antes da ecografia			mmHg
Depois da ecografia			mmHg	Depois da ecografia			mmHg
Estudo ecográfico* (realizado entre semana 11+2 e 14+1)				Estudo DOPPLER* (realizado entre semana 11+2 e 14+1)			
Data da última ecografia*: / / (dia/mês/ano)				Data do DOPPLER*: / / (dia/mês/ano)			
Comprimento cabeça nádega (CCN/CRL): * mm				Índice de pulsatilidade da artéria uterina	Direita	Esquerda	
Idade gestacional: _____ S _____ D					ua	ua	
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE							
Ao assinar este formulário, certifico que previamente a 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: / / (dia/mês/ano)			
ASSINATURA DA PACIENTE							
Ao assinar este questionário, certifico ser maior de 18 anos de idade e consentir a realização do Pré-eclâmpsia Test – Triagem							
Assinatura da paciente: _____				Data: / / (dia/mês/ano)			
DADOS DE FATURAMENTO							
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Sociedade médica: _____ <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro: _____							