



**TERMO E QUESTIONÁRIO RASTREAMENTO
BIOQUÍMICO AMPLIADO DO PRIMEIRO
TRIMESTRE (BLIGONA)**

ESTE EXAME DEVE SER REALIZADO SOMENTE EM GESTANTES NO PERÍODO DE 10 A 13 SEMANAS E 6 DIAS

IDADE GESTACIONAL ATUAL: _____ semanas e _____ dias

ATENÇÃO: o exame **não será liberado** sem essas informações

Assinatura: _____

Eu, _____ portadora de RG nº. _____, manifesto a intenção de realizar o teste de rastreamento bioquímico ampliado do primeiro trimestre da gestação por meio de exame ultrassonográfico e análise do meu sangue.

Assim, declaro estar ciente de que:

1. O rastreamento bioquímico ampliado do primeiro trimestre da gestação faz a associação entre dados clínicos maternos, medidas ultrassonográficas do feto (translucência nugal e osso nasal, doppler das artérias uterinas) e dosagens, no sangue materno, da proteína plasmática A associada à gestação (PAPP-A), da fração livre do hormônio beta- hCG (free beta-hCG) e do hormônio de crescimento placentário (PLGF).
2. O resultado do exame só inclui o cálculo de risco se a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre for realizada no laboratório. Do contrário, o laudo traz somente as dosagens da PAPP-A, da fração livre do beta-hCG e do hormônio de crescimento placentário.
3. Os critérios de realização desse teste de rastreamento incluem:
 - a. Apresentação de pedido médico;
 - b. Período de gravidez entre 11 semanas e 3 dias e 13 semanas e 6 dias (preferencialmente 12 a 12 semanas e 6 dias) para realização da ultrassonografia.
 - c. As dosagens bioquímicas no sangue materno a partir de 10 semanas.
 - d. Apresentação de exames anteriores, feitos na gestação em curso;
 - e. Preenchimento do questionário abaixo, uma vez que as variáveis ali contidas interferem no cálculo do risco:

Questões para a gestante:

- Qual é seu peso atual (kg): _____ E altura (cm): _____
- Fumou durante a gestação: () Sim () Não
- A que grupo étnico pertence: () Branca () Negra () Oriental () Mista () outros
- Tem diabetes: () Sim () Não, se resposta Sim: () Tipo I () Tipo II

- Tem Lúpus eritematoso sistêmico: () Sim () Não
- Tem Síndrome antifosfolípide (SAF): () Sim () Não
- Fez fertilização *in vitro*: () Sim () Não
- Se a resposta foi sim: Fez uso de indutor de ovulação? _____
 - Óvulos frescos () Óvulos congelados ()
 - Idade no momento do congelamento _____
 - Ovodoação? Não () Sim () Idade da doadora _____
- Uso de medicação para indução da ovulação: () Sim () Não
- Tem Hipertensão: () Sim () Não
- Mãe com hipertensão na gestação: () Sim () Não () Não sei
- Já teve partos anteriores: () Sim () Não
- Já teve pré-eclâmpsia (hipertensão) em gestação anterior? () Sim () Não
- Quantos partos com mais de 37 semanas (termo)? _____
- Quantas abortos/partos entre: 16 – 30 semanas: _____ 31 a 36 semanas _____
- Já teve algum bebê ou aborto com síndrome de Down ou outro problema genético:
() Sim () Não Qual: _____.
- Algum filho nasceu de baixo peso? () Sim () Não. Se não souber informe o peso e idade gestacional de nascimento que calculamos. Peso _____ Kg IG _____ semanas
- Data da última ultrassonografia ____ / ____ / ____ (quando o exame não foi realizado no laboratório)
- Comprimento do embrião _____ mm
- Idade gestacional (informação nas conclusões) _____ semanas e _____ dias

Estou ciente que preenchi todas as informações necessárias:

Assinatura: _____

Data: _____