

Formulário de Requisição de Teste Endométrio (ERA/EMMA/ALICE)

Todos os campos sombreados devem ser preenchidos. Se os campos necessários não forem preenchidos, os resultados podem ser adiados.

ANÁLISE SOLICITADA			
<input type="checkbox"/> ERA – Análise de Receptividade Endometrial	<input type="checkbox"/> EMMA – Análise Metagenômica do Microbioma Endometrial	<input type="checkbox"/> ALICE – Análise da Endometriose Crônica Infecçiosa	<input type="checkbox"/> EndometRIO (todos os 3 testes)

CONTATO E INFORMAÇÕES DA CLÍNICA SOLICITANTE			
Nome da clínica:			
Endereço:		Telefone:	
Cidade:	Estado:	CEP:	
Médico solicitante:		CRM:	
E-mail para envio de resultados:			

INFORMAÇÕES DO PACIENTE			
Nome completo:		CPF:	
Data de nascimento: ____ / ____ / ____	MRN/ ID do paciente:	Etnia:	
Peso (kg):	Altura (cm):	E-mail de contato:	

DADOS DO CICLO			
SELECIONE E PREENCHA APENAS O TIPO DE CICLO QUE SE APLICA (Não é indicado a realização de nenhum desses testes em ciclos estimulados com o uso de gonadotrofinas)			
TIPO DE CICLOS VALIDOS PARA ERA / EMMA & ALICE / ENDOMETRIO			
<input type="checkbox"/> HRT (ESTRADIOL + PROGESTERONA)	NATURAL <input type="checkbox"/> Injeção de hCG <input type="checkbox"/> Pico de LH	NATURAL INDUZIDO (Suplementado com Progesterona) <input type="checkbox"/> Injeção de hCG + P ₄ <input type="checkbox"/> Pico de LH + P ₄	
Data 1ª dose P4 (dia P+0): ____ / ____ / ____	Data injeção de hCG / Pico de LH: ____ / ____ / ____	Data Injeção de hCG / Pico de LH: ____ / ____ / ____ Hora injeção de hCG/ Pico de LH: _____ : _____	
Hora 1ª dose P4 (dia P+0): _____ : _____	Hora injeção de hCG / Pico de LH: _____ : _____	Data 1ª dose P4 (dia P+0): ____ / ____ / ____ Hora 1ª dose P4 (dia P+0): _____ : _____	
P4 endógena mensurada em 24h antes da 1ª ingestão da P4 exógena (ciclo HRT) ou em LH+0/HCG+0 (ciclo natural ou natural induzido) (deve ser <1ng/ml): _____ (ng/mL)			
Data da medição: ____ / ____ / ____			



QUESTIONÁRIO DE REQUISIÇÃO DE TESTE ENDOMÉTRIO (ERA-EMMA-ALICE)

Dose diária da progesterona exógena:	Forma de administração: <input type="checkbox"/> Progesterona <input type="checkbox"/> Vaginal Intramuscular <input type="checkbox"/> Oral
Medicação adicional: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Indique quais: _____	

TIPOS DE CICLOS VÁLIDOS APENAS PARA O TESTE EMMA & ALICE

<input type="checkbox"/> CICLO NATURAL ENTRE OS DIAS 15 E 25 (somente para pacientes com ciclos regulares de 26 – 32 dias). Dia do ciclo: _____ DUM: _____
<input type="checkbox"/> PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS ORAIS (indique a marca): _____ Dia do ciclo no dia da biópsia: _____ Tipo de comprimido no dia da biópsia: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Placebo
PACIENTE AMENORRÉICA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – BLOQUEADO COM MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (Indicar qual): _____

INFORMAÇÕES RELACIONADAS A ANTIBIÓTICOS

USO DE ANTIBIÓTICOS ANTERIORES: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – Princípio ativo: _____ Data início: ____ / ____ / ____ Data término: ____ / ____ / ____
ALERGIAS ANTIBIÓTICOS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – Especifique: <input type="checkbox"/> B-lactâmico <input type="checkbox"/> Macrólidos <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Lincosamida <input type="checkbox"/> Nitroimidazol <input type="checkbox"/> Trimetoprima/Sulfonamida

INFORMAÇÕES DA AMOSTRA

Data da biópsia: ____ / ____ / ____	Espessura Endometrial: _____ (mm)	Data da medida da espessura: ____ / ____ / ____
Hora da biópsia: _____ : _____	Método da Biópsia <input type="checkbox"/> Pipelle <input type="checkbox"/> Histeroscopia <input type="checkbox"/> Outros: _____	



QUESTIONÁRIO DE REQUISIÇÃO DE TESTE ENDOMÉTRIO (ERA-EMMA-ALICE)

O paciente já realizou um
ERA/EMMA/ALICE antes?

NÃO SIM

Biópsia ERA N° *: _____

Biópsia EMMA N°: _____

Biópsia ALICE N°: _____

*Se foi repetido a biópsia, os protocolos de ciclo simulado ERA foram replicados (ou seja, mesmos medicamentos, dose etc.?)

NÃO SIM

Nova biópsia a partir de análise prévia não informativa/ inválida/ insuficiente?

NÃO SIM

INDICAÇÃO DO TESTE

Análise endometrial Endometrite crônica DSTs prévias Endometriose Hidrossalpinge
 Falha anterior de implantação. N° de falha de implantação (tentativas): _____ Aborto recorrente

DADOS CLÍNICOS

Histórico médico resumido ou histórico relevante:

Assinatura médica

Certifico que as informações do paciente e dados clínicos neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicitei o teste acima com base em meu critério profissional de indicação clínica. Expliquei as limitações deste teste e respondi a todas as perguntas. Entendo que o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

Assinatura do médico: _____

Data: ____ / ____ / ____