

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
<b>Estudo ecográfico*</b> (realizado entre semana 11+2 e 14+1)				<b>Estudo DOPPLER*</b> (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	
<b>ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE</b>							
Ao assinar este formulário, certifico que previamente a realização do <b>Pré-eclâmpsia Test – Triagem</b> , 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)	
<b>ASSINATURA DA PACIENTE</b>							
Ao assinar este questionário, certifico ser maior de 18 anos de idade e consentir a realização do <b>Pré-eclâmpsia Test – Triagem</b>							
Assinatura da paciente: _____						Data:    /    / (dia/mês/ano)	
<b>DADOS DE FATURAMENTO</b>							
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Sociedade médica: _____ <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro: _____							