

Requisição Médica

*Campos de preenchimento obrigatório

DADOS PESSOAIS DA GRÁVIDA

Nome Completo: *		Nº Processo:	
N.º Doc. ID: *	Contacto: *	Data de nascimento: *	(dd/mm/aaaa)
Email:			
Morada Completa:			

DADOS CLÍNICOS DA GRÁVIDA

Origem étnica: *	Peso atual: * kg	Altura: cm	D.U.M.: * / /
Idade Gestacional à data da colheita: * s d	Perdas hemáticas nesta gravidez? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim às semanas, durante dias		
Gravidez por PMA? (FIV, ICSI, etc.): * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se gestação com ovócitos de dadora, indique idade da dadora na data da doação.			
Idade da dadora: * / /	Data de transferência: * / /	Nº de embriões: *	
Diabetes Insulino-dependente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Hábitos tabágicos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Filho anterior com S. de Down ou cromossomopatia? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especifique:			
Filho anterior com defeito do tubo neural/DTN? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especifique:			
Terapêutica hormonal nesta gravidez? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especifique:			

DADOS ECOGRÁFICOS DA GRÁVIDA

Data da Ecografia: * / /	Médico Ecografista/ local: * / /	FMF nº:			
Idade Gestacional à data da Ecografia: * (1) pela ECO: s d (2) pela DUM: s d	Nº Fetos: *				
Se gestação gemelar: * <input type="checkbox"/> Monocoriónica <input type="checkbox"/> Dicoriónica					
Biometria Fetal: *	Comp. Crânio-caudal (CRL)	TN: mm	Gemelar:	Feto 1	Feto 2
	Diâmetro biparietal (DBP)	ON: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Hipoplásicos <input type="checkbox"/> Não avaliados	CRL ou BPP		
	Outro:	DDV (Dopler Ductus Venoso)	TN		
		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Não Avaliado <input type="checkbox"/> Anormal/ reverso, especifique:	ON		
			DDV		

DADOS DO MÉDICO / INSTITUIÇÃO

Nome e Apelido(s): *	
Email:	Contacto: *
Especialidade:	N.º Cédula:
Instituição: *	
Assinatura do Médico:	

DADOS DA AMOSTRA e RASTREIO PRETENDIDO (códigos SNS a cinza)

<input type="checkbox"/> Rastreo Combinado do 1º Trimestre 22606 + 21121 8ª - 13ª semana (de preferência: 10 - 11s) (PAPP-A + Free β Hcg+ dados maternos)	<input type="checkbox"/> COM Cálculo de RISCO <input type="checkbox"/> SEM Cálculo de RISCO	Data da colheita:
<input type="checkbox"/> Rastreo do 2º Trimestre quádruplo 21169 + 21819 + 22116 + 22945 14ª - 22ª semana (de preferência: 15s) (AFP + Total hCG + μE3 + Inibina A + dados maternos)		Data da colheita:
<input type="checkbox"/> Rastreo do 2º Trimestre Triplo 21169 + 21819 + 22116 (AFP + Total hCG + μE3 + dados maternos)		
<input type="checkbox"/> Rastreo Integrado	<input type="checkbox"/> 1ª colheita 22606 (de preferência: 10-11s) (PAPP-A)	Data da 1ª colheita:
	<input type="checkbox"/> 2ª colheita 21169 + 22116 + 21819 + 22945 (de preferência: 15s) (AFP + Total-hCG+ μE3 + Inibina A)	Data da 2ª colheita:
Tipo de Amostra: * <input type="checkbox"/> Sangue Total <input type="checkbox"/> Soro (centrifugado)		
Data de colheita: * / /	Hora Colheita: *	Assinatura Flebotomista:
Outros testes: <input type="checkbox"/> neoBona (≥10s ecográficas, kit e requisições específicas) <input type="checkbox"/> Determinação do Sexo Fetal (≥10s ecográficas, requisição específica)		

CONSENTIMENTO INFORMADO DA CLIENTE

1 | O QUE É RASTREIO PRÉ-NATAL NO SANGUE MATERNO?

É um teste efetuado no sangue materno em que se doseiam certos parâmetros bioquímicos, que quando integrados com a informação clínica e ecográfica da grávida, permitem um cálculo de risco fetal para as anomalias cromossómicas mais frequentes (trissomias 21, 18 e 13). Adicionalmente, no 2º trimestre, também indica o risco para DTN (defeitos abertos do tubo neural, espinha bífida) [AFP, elevada] e, em casos raros para o Síndrome de Smith-Lemli-Opitz [μE3, estriol baixo].

2 | QUE TIPOS DE RASTREIO PRÉ-NATAL ESTÃO DISPONÍVEIS?

RASTREIO COMBINADO DO 1º TRIMESTRE: Efetuado entre a 8ª e 13ª semana de gestação. Integra a informação dos marcadores bioquímicos [PAPP-A—proteína plasmática associada à gravidez e βhCG-fração livre da hormona gonadotrofina coriônica humana] e dados ecográficos e informação clínica da grávida. Através de um algoritmo, calcula-se o risco fetal específico para S. de Down (Trissomia 21), Trissomias 18 e 13. Deteta cerca de 83-85% de fetos com S. Down.

RASTREIO DO 2º TRIMESTRE (QUÁDRUPLO ou TRIPLO): Efetuado entre a 14ª e a 22ª semana de gestação, idealmente a partir das 15 semanas. São doseados quatro indicadores bioquímicos: AFP-alfafetoproteína; hCG total—hormona gonadotrofina coriônica total; μE3— estriol livre e IA— inibina A (no caso do rastreo triplo não se doseia a Inibina A). Deteta cerca de 80-83% dos fetos com S. Down, e 90% dos fetos com defeito aberto do tubo neural. O rastreo Triplo deteta cerca de 70% dos fetos com S. Down.

RASTREIO INTEGRADO: Faz uma avaliação final do risco no 2º trimestre, após duas colheitas independentes, uma no 1º trimestre (10-11s) (PAPP-A) e outra no 2º trimestre (15s) (AFP + ThCG + Estriol + Inibina). O resultado final do cálculo só é emitido após a 2ª colheita. Deteta cerca de 92-94% dos fetos com S. Down.

3 | COMO INTERPRETAR OS RESULTADOS?

RISCO REDUZIDO (NEGATIVO): Um resultado negativo não garante um bebé normal e saudável, nem elimina a possibilidade de doença genética ou anomalias no feto, que não são detetáveis por este teste. Pode optar por fazer o rastreo pré-natal não invasivo, como o teste neoBona, com uma sensibilidade e especificidade superiores (99%) à do rastreo bioquímico para as trissomias 13, 18 e 21.

RISCO AUMENTADO (POSITIVO), E/OU DE RISCO INTERMÉDIO: Neste caso dever-se-á considerar o recurso a métodos de rastreo ou de diagnóstico com maior sensibilidade analítica: A) **Rastreo pré-natal não invasivo**, como o teste neoBona ou B) **Exame invasivo** por biopsia de vilosidades ou amniocentese para recolha de material fetal para análise genética, e que tem valor diagnóstico. O seu médico assistente orientá-la-á na opção mais adequada. Em média, uma em cada 20 grávidas rastreadas terá um rastreo positivo. A maioria destas grávidas não terá um feto afetado (falsos positivos).

4 | CONSENTIMENTO

Ao assinar este formulário, confirmo que fui informada sobre os objetivos, benefícios e limitações do teste. Que fiz as perguntas em relação às minhas dúvidas e entendi as explicações. Entendo que um resultado de risco reduzido (negativo) não garante um bebé normal e saudável. Entendo que os resultados deste teste são somente indicadores, não diagnósticos. Autorizo a realização do teste requisitado.

- Autoriza a utilização da amostra para arquivo e para fins de Investigação Científica? Não Sim
- Autoriza o envio do meu resultado para:
(1) Médico Requisitante? Não Sim (2) E-mail indicado? Não Sim (3) Outro? Não Sim, especifique:

Assinatura da grávida: *

Data: * / / (dd/mm/aaaa)

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade:

Nome do representante legal:

Nº Doc. Identificação:

Assinatura do representante legal:

Data: * / / (dd/mm/aaaa)