

## Formulário para Teste Pré-Natal Não Invasivo (NIPT)

Preencha todos os campos pois esses dados serão considerados na análise dos resultados. Informações pessoais são importantes para contato. A gestante ou responsável deverá assinar a requisição. Não serão processadas amostras com menos de 10 ou mais de 24 semanas de gestação.

### Informação da Paciente

*Nome		*Idade	
*CPF	<input type="checkbox"/> Cobrança Paciente <input type="checkbox"/> Cobrança Clínica / CL No.		
*Endereço	No.	Comp.	Cidade Estado
*E-mail (gestante)	Cel. Gestante [DDD]*		
Dr (a) / CRM	E-mail (médico).		

*Idade Gestacional		Método de Cálculo da Idade Gestacional	
*Semanas	*Dias	<input type="checkbox"/> Gestação única <input type="checkbox"/> Gestação gemelar <input type="checkbox"/> Gestação espontânea <input type="checkbox"/> Gestação assistida	<input type="checkbox"/> DUM (..... / ..... / .....); <input type="checkbox"/> Não sei DUM; <input type="checkbox"/> IG pela data de Implantação; <input type="checkbox"/> constatada US; As <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Transfusão (< 3 meses) <input type="checkbox"/> Imunoterapia <input type="checkbox"/> Terapia com Célula Tronco <input type="checkbox"/> Terapia Heparina <input type="checkbox"/> Albumina Humana
.....	.....	<input type="checkbox"/> NIPT Twin Trissomia 21 18 13 + Aneuploidias sexuais + identificação de sexo (opcional)	<input type="checkbox"/> NIPT Express Aneuploidia de todos os cromossomos + identificação de sexo (opcional)
		<input type="checkbox"/> NIPT Microdel Pro™ Aneuploidia de todos os cromossomos + identificação de sexo + Microdeleções e Microduplicações	<input type="checkbox"/> NIPT Microdel Pro™ Aneuploidia de todos os cromossomos + identificação de sexo + Microdeleções e Microduplicações
* Declaro que li e compreendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		Razões do pedido <input type="checkbox"/> Idade materna avançada $\geq 35$ anos; <input type="checkbox"/> Exame bioquímico alterado ( ..... ); <input type="checkbox"/> Translucência nucal ( ..... mm); <input type="checkbox"/> Outras alterações no Ultrassom ( ..... ); <input type="checkbox"/> História risco aneuploidia / aborto(s); <input type="checkbox"/> Baixo risco / Ansiedade Materna; <input type="checkbox"/> Gostaria incluir o sexo do bebê;	
Altura Materna (cm)	Peso Materno (kg)	No partos	idade Paterna

Paciente: .....

Médico / carimbo .....

Escaneie



Código QR

## Código de Ativação

(instruções no verso)

Ou digite o endereço no site: \_\_\_\_\_

**ativacao.encodedexa.app**