

Requisição de teste EndomeTRIO (ERA/EMMA/ALICE)

Todos os campos sombreados devem ser preenchidos. Se os campos obrigatórios não forem preenchidos, os resultados poderão ser atrasados.

ANÁLISE SOLICITADA

ERA

Análise de Receptividade Endometrial

EMMA (inclui ALICE)

Análise Metagenômica do Microbioma Endometrial

ALICE

Análise da Endometrite Crônica Infeciosa

EndomeTRIO

(ERA+EMMA+ALICE)

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA SOLICITANTE

NOME DA CLÍNICA:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

MÉDICO SOLICITANDO EXAME:

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:

INDICAÇÃO CLÍNICA DO TESTE

Análise endometrial

Endometrite Crônica

DSTs anteriores

Hidrossalpinge

Endometriose

Aborto espontâneo recorrente

Falha de implantação - Nº de falha de implantação: _____

Resumo da história médica ou dos antecedentes relevantes:

ASSINATURAS

AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO

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 indicações clínicas. Expliquei as limitações deste teste e respondi a todas as perguntas. Entendo que a Igenomix (Parte do Grupo Vitrolife) pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

ASSINATURA DO MÉDICO:

DATA: ____/____/____

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Ao assinar este formulário de requisição, solicito voluntariamente à Igenomix (Parte do Grupo Vitrolife) que realize o teste acima indicado. Li e recebi uma cópia do consentimento informado, incluído nas páginas seguintes. Os riscos, benefícios e limitações deste teste foram explicados para mim.

ASSINATURA DO PACIENTE:

DATA: ____/____/____

NOME COMPLETO/CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: _____	
DADOS DO CICLO	
Selecione e preencha apenas um tipo de ciclo. Todos os campos sombreados devem ser preenchidos para o tipo de ciclo selecionado. Não é recomendado realizar esses testes em ciclos estimulados com o uso de gonadotrofinas.	
TIPO DE CICLOS VÁLIDOS PARA TESTES ERA / EMMA&ALICE / ENDOMETRIO	
1 TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL: (Ciclo sem ovulação) <input type="checkbox"/> HRT (estradiol + progesterona)	DATA E HORA DA 1ª DOSE DE PROGESTERONA (Dia P+0): Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ (formato 24h) DD MM AAAA hh min
OU	
2 CICLO NATURAL: (Ciclo com ovulação) <input type="checkbox"/> Injeção de hCG <input type="checkbox"/> Pico de LH	DATA E HORA DA INJEÇÃO DE HCG PICO DE LH (Dia HCG+0 / Dia LH+0): Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ (formato 24h) DD MM AAAA hh min
OU	
3 CICLO NATURAL INDUZIDO: (Ciclo com ovulação suplementado com -P): <input type="checkbox"/> Injeção de hCG + P ₄ <input type="checkbox"/> Pico de LH + P ₄ P ₄ =Progesterona	DATA E HORA DA INJEÇÃO DE HCG/PICO DE LH: DATA E HORA DA 1ª DOSE DE PROGESTERONA: Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ (formato 24h) DD MM AAAA hh min
MEDIÇÃO ENDÓGENA DE PROGESTERONA EM LH+0/hCG+0 (ciclos naturais) OU DENTRO DE 24h ANTES DO INÍCIO DO P ₄ EXÓGENO (ciclo da TRH)	
VALOR ENDÓGENA DA PROGESTERONA (deve ser <1ng/ml a LH+0/hCG+0/P+0): ____ (ng/ml) Data de medição: ____ / ____ / ____	
DOSE DIÁRIA DE PROGESTERONA EXÓGENA: ____ ADMINISTRAÇÃO DE PROGESTERONA: <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> INTRAMUSCULAR <input type="checkbox"/> ORAL	
ESPESSURA DO ENDOMÉTRIO: ____ MM DATA DE MEDIÇÃO DA ESPESSURA: ____ / ____ / ____	
MEDICAÇÃO ADICIONAL UTILIZADA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – INDIQUE: _____	
TIPO DE CICLOS VÁLIDOS APENAS PARA OS TESTES EMMA E ALICE (não para o teste ERA / EndomeTRIO)	
<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: ____ / ____ / ____	
OU	
<input type="checkbox"/> PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS ORAIS (indique marca): ____ Dia do ciclo no dia da biópsia: ____ Tipo de comprimido no dia da biópsia <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Placebo	
PACIENTE AMENORREIA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
INFORMAÇÕES DE AMOSTRA	
MÉTODO DE BIÓPSIA: <input type="checkbox"/> Pipelle <input type="checkbox"/> Histeroscopia <input type="checkbox"/> Outro método: _____	DATA E HORA DA BIÓPSIA Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ (formato 24h) DD MM AAAA hh mm
O paciente já realizou ERA/EMMA/ALICE anteriormente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Biópsia ERA No.* ____ Biópsia EMMA No. ____ Biópsia ALICE Nº. ____ Repetição de resultado inconclusivo/inválido/insuficiente/não informativo <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO *Se foi repetido a biópsia, os protocolos de ciclo simulado ERA foram replicados (ou seja, mesmos medicamentos, dose, etc.)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
INFORMAÇÕES RELACIONADAS COM ANTIBIÓTICOS (Se estiver a realizar EndomeTRIO ou EMMA/ALICE)	
USO ANTERIOR DE ANTIBIÓTICOS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - (princípio ativo): _____	
Dose: ____ Data de início: ____ / ____ / ____ Última data: ____ / ____ / ____ Primeira biópsia: Antibióticos tomados no mês anterior à coleta da amostra. Re-biópsia: Antibióticos tomados entre a amostra anterior e a atual	
ALERGIAS A ANTIBIÓTICOS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> β-lactâmicos <input type="checkbox"/> Macrolídeos <input type="checkbox"/> Tetraciclínas <input type="checkbox"/> Lincosamidas <input type="checkbox"/> Nitroimidazóis <input type="checkbox"/> Trimetoprima/Sulfonamidas	

Se você precisar de mais espaço para preencher qualquer um dos campos, você pode usar o campo "História médica resumida" na seção "Indicação Clínica do Teste"