

SCREENING PRENATAL DIN SERUL MATERN

Bitest/test combinat
(10s - 13s+6z)

Triplu test
(14s - 21s)

Cvadruplu test
(14s - 21s)

Nume: _____ Prenume: _____ Data nașterii: _____

Telefon: _____ Semnatura si parafa medicului: _____

Date clinice

Data ultimei menstruații: _____ Greutate: _____ kg Înălțimea: _____ cm

Diabet insulino dependent: Nu Da

Sarcina anterioara cu sindrom Down: Nu Da

Sarcina anterioara cu defecte de tub neural: Nu Da

Fumatoare: Nu Da Numarul de tigari: _____

Fertilizare în vitro: Nu Da

In cazul existentei unei donatoare precizati data de nastere a acesteia: _____

Data recoltarii ovocitului: _____ Data embriotransferului: _____

Date ecografice

Data efectuării ecografiei: _____ Ecografist _____

Varsta ecografica a sarcinii: _____ saptamani si _____ zile

CRL: _____ mm, NT: _____ mm, BPD: _____ mm, Os nazal: Prezent Absent

Sarcină gemelară: Da Nu Placenta: Monocorionica Bicorionica

CRL: _____ mm, NT: _____ mm, BPD: _____ mm, Os nazal: Prezent Absent

Screeningul prenatal nu este un test diagnostic.

Am fost informata despre aceasta investigatie, Cod proba: _____

Semnatura pacientei: _____ Data recoltarii probei: _____

Informatii generale

Estimarea riscului pentru defecte de tub neural este disponibila de la 15 saptamani de sarcina.