

F-TL-03-40

Denumire Laborator _____

**Formular Dublu Test pentru evaluarea riscului de Sindrom Down
TRIMESTRUL I DE SARCINA**

**Testul se efectueaza NUMAI in trimestrul I de sarcina intre saptamanile 10+3zile si 13+6zile
Lungime cranio-caudala intre 38 – 84mm.**

Informatii despre pacienta:

Nume si Prenume: _____

Data Nasterii: Ziua..... / Luna..... /Anul.....

Greutatea gravidei: Kg

Sindrom Down in antecedente /grad de rudenie ☐ DA ☐ NU

Diabet insulino-dependent ☐ DA ☐ NU

Fumatoare ☐ DA ☐ NU

Origine etnica (rasa) ☐ caucaziana ☐ asiatica ☐ africana ☐ hispanica

Fertilizare in vitro ☐ DA ☐ NU

Informatii despre sarcina

Data recoltarii probei: Ziua..... / Luna..... /Anul.....

Data ecografiei: Ziua..... / Luna..... /Anul.....

Medicul care a efectuat ecografia:.....

Lungime cranio-caudala CRL:.....mm

Translucenta nucala NT:.....mm

Varsta sarcinii la data ecografiei, stabilita ecografic: Saptamani Zile.....

Numar de feti:.....

Data probabila a nasterii: Ziua..... / Luna..... /Anul.....

Prima zi a ultimului ciclu menstrual: Ziua..... / Luna..... /Anul.....

Durata ciclului menstrual (perioada dintre 2 menstruatii): Zile

Semnatura si parafa medicului ginecolog