

F-TL-03-41

Denumire Laborator _____

**Formular Triplu Test pentru evaluarea riscului de Sindrom Down
TRIMESTRUL II DE SARCINA**

Testul se efectueaza NUMAI in trimestrul II de sarcina intre saptamanile 14+0zile si 20+6zile.

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:.....

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

Diametru biparietal BPD:.....mm

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 consecutive): Zile

Semnatura si parafa medicului ginecolog