

**CERERE PENTRU SCREENING PRIN TRIPLU TEST PENTRU
SINDROMUL DOWN, TRISOMIA 18 SI DEFECTE DE TUB NEURAL**

COD: FM 11-11

Editia: 3

Revizia: 0

Pagina: 1 / 1

**TRIMESTRUL II DE SARCINA
(14 saptamani+0 zile – 20 saptamini+6 zile)**

Nume: Prenume:

Adresa: Data nasterii:/...../.....

Data recoltarii:/...../.....

Data echografiei:/...../.....

Varsta gestationala stabilita echografic: saptamani, zile

BPD: mm (Se poate completa in locul varstei gestationale medii)
(MIN:26 mm; MAX: 56 mm)

Semnatura si parafa medicului care a efectuat echografia:

Factori de corectie pentru datele biochimice:

Greutatea gravidei la data recoltarii: kg

Fumatoare: Da Nu

Origine etnica: Caucaziana

Africa centrala

Asia

Alta:

Diabet insulino-dependent: Da Nu

Fertilizare in vitro Da Nu

Numar feti (sarcina actuala) 1 2 > 2

Sarcini anterioare diagnosticate cu:

Sindrom Down (Trisomia 21) Da Nu

Sindrom Edwards (Trisomia 18) Da Nu

Altele:

(Nota: aceste informatii nu influenteaza calcularea riscului in sistemul PRISCA)

Se cere aprecierea riscului prin: AFP HCG μ E3 varsta echografica

Semnatura si parafa medicului trimitator: