

FISA CALCUL RISC PRENATAL TRIPLU TEST

DATA COMPLETARII FISEI		DATA RECOLTARII PROBEI	
------------------------	--	------------------------	--

A. SE COMPLETEAZA DE CATRE MEDIC/PACIENTA/ RECEPTIONER:

DATE MATERNE

NUME		
PRENUME		
DATA NASTERII		
DATE CONTACT(telefon, e mail)		
GREUTATE (kg)		
FUMATOARE	DA	NU
DIABET TIP I (INSULINO DEPENDENT)	DA	NU
SARCINĂ GEMELARĂ	DA	NU
REPRODUCERE ASISTATA	DA	NU
ORIGINEA ETNICA	Caucaziana Africana	Asiatica Hispanica
SANGERARI IN CURSUL SARCINII	DA Nr. zile	NU
TRATAMENT CU ACID FOLIC INAINTE DE SARCINA	DA	NU
SARCINI ANTERIOARE CU: (daca este cazul)	Sd. Down Sd. Edwards Sd. Patau Sd. Cornelia de Lange	Sd. Turner Triploidie Defect de tub neural Sd. Smith Lemli Opitz
DATA ULTIMEI MENSTRUATII		
CICLU MENSTRUAL	Regulat	Neregulat

Sunt informată cu privire la această investigație

SEMNATURA PACIENTEI**:

Triplul test nu reprezinta o metoda de diagnostic; sunt furnizate doar niste riscuri pe baza cărora se decide oportunitatea unor investigatii suplimentare!

Triplul test nu poate fi efectuat pentru sarcina cu tripleți!

**Semnatura, parafa medicului si semnatura pacientei sunt obligatorii

FISA CALCUL RISC PRENATAL TRIPLU TEST

B. SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE MEDIC

DATE ECOGRAFICE

DATA EFECTUĂRII ECOGRAFIEI	
DIAMETRU BIPARIETAL BPD (mm)	
CIRCUMFERINTA CRANIANA HC (mm)	
LUNGIMEA FEMURULUI FL (mm)	
CIRCUMFERINTA ABDOMINALA AC (mm)	
VARSTA GESTAȚIONALĂ MEDIE STABILITĂ ECOGRAFIC (saptamani + zile)	

SARCINA GEMELARA

Dicorionica

Monocorionica diamniotica

Monocorionica monoamniotica

Date pentru cel de al 2 lea fat:

BPD (mm)

HC (mm)

FL (mm)

AC (mm)

REPRODUCERE ASISTATA

Metoda:

IVF

GIFT

ZIFT

ICSI

Altele

Data extracției ovulului:

Data transferului ovulului:

Mentiune: În cursul săptămânii 14 de sarcină (14+0.....14+6) programul nu furnizează calcul de risc pentru defectele de tub neural.

Varsta maximă a sarcinii de efectuare a triplului test este de 20 săptămâni +6 zile.

În prezenta unei sarcinii de 20 săptămâni + 6 zile, proba de sânge trebuie recoltată în aceeași zi cu efectuarea ecografiei!

PARAFA ȘI SEMNATURA MEDICULUI** :

--

**Semnatura, parafa medicului și semnatura pacientei sunt obligatorii