



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 – 83,9mm.

Informatii despre pacienta:

Nume si Prenume: _____

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

Greutatea gravidei: Kg

Fumatoare DA NU

Diabet insulino-dependent DA NU

Origine etnica (rasa) caucaziana asiatica africana hispanica

Fertilizare in vitro DA NU

Sarcini anterioare cu sindrom Down DA NU

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

Informatii despre sarcina

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

Medicul care a efectuat ecografia:.....

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

Translucenta nuca NT:.....mm

Os nazal: prezent absent

Numar de feti:.....

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

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

Semnatura si parafa medicului ginecolog

F-TL-03-40 Ed1/Rev1