



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 22+6zile.

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:.....

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 consecutive): Zile

Semnatura si parafa medicului ginecolog

F-TL-03-41 Ed1/Rev1

TODY LABORATORIES SRL

tel: +4 021 269 00 00/33/55 fax +4 021 269 06 41/05 53
adresa Strada Vadul Moldovei nr. 22, sector 1, OP 18, București, CP 014033, ROMÂNIA

RC: JJ40/4670/2002 • CUI: 14675920

contact@todylaboratories.com
www.todylaboratories.com