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 19+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

TODY LABORATORIES SRL
telverde 0800 88 TODY (0800 88 8639) • apel gratuit din rețeaua Telekom, L-V, 08:00-17:00
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: J/40/4670/2002 • **CUI:** 14675920
contact@todylaboratories.com
www.todylaboratories.com