

**Fișă pentru evaluarea statistică a riscului de Trisomie 21 în trimestrul I și II de sarcină
săptămâna 11-13 (dublu test) și 15-17 de amenoree gravidică (triplu și cvadruplu test)**

MEDICUL PRESCRIPTOR

Numele/prenumele
Adresa
Tel/fax

CENTRUL MEDICAL CARE SOLICITĂ ANALIZA

Adresa
Tel/fax

Datele pacientei:

PRENUME NUME

ADRESA

DATA NAȘTERII

Z	Z	L	L	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

TELEFON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GREUTATEA PACIENTEI

				kg (în momentul prelevării)
--	--	--	--	-----------------------------

ORIGINEA ETNICĂ

caucazian	Alta:
-----------	-------

REPRODUCERE ASISTATĂ

	NU		DA
--	----	--	----

ANTECEDENTE DE TRISOMIE 21

	NU		DA
--	----	--	----



--	--

Vârsta mamei
în cazul precedentei
sarcini cu risc

FUMĂTOARE

	NU		DA
--	----	--	----

DIABET ZAHARAT

	NU		DA
--	----	--	----

MĂSURĂTORI

FĂT 1

FĂT 2

Data efectuării măsurătorilor ecografice

Lungimea crano-caudală

			mm				mm
--	--	--	----	--	--	--	----

Translucența nucală

			mm				mm
--	--	--	----	--	--	--	----

Diametrul biparietal

			mm				mm
--	--	--	----	--	--	--	----

Os nazal**

	Absent		Absent
	Prezent		Prezent

**sunt obligatorii: măsurătorile translucenței nucale
și lungimea crano-caudală

PRIMA ZI A ULTIMULUI CICLU

--	--	--	--	--	--

DURATA CICLULUI

intervalul dintre două sângeri

		ZILE
--	--	------

VÂRSTA SARCINII ECOGRAFIC

		săptămâni +		zile	în data
--	--	-------------	--	------	---------

Z	Z	L	L	A	A
---	---	---	---	---	---

Apreciată pe baza măsurării

	CRL		DBP
--	-----	--	-----

SARCINA

monofetală	gemelară	monocorială	bicorială
------------	----------	-------------	-----------

Evaluarea riscului de trisomie se va efectua pe baza determinărilor hormonale corespunzătoare

DUBLU TEST

PAPP-A și free beta HCG

TRIPLU TEST

HCG total, AFP și estriol liber

CVADRUPLU TEST

HCG total, AFP, estriol liber și inhibina A

DATA PRELEVĂRII PROBEI

Z	Z	L	L	A	A
---	---	---	---	---	---

Se completează de personalul laboratorului
care prelevează proba de sânge

SEMÎNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI