

MODULO RICHIESTA SCREENING PRENATALE

1° TRIMESTRE / 2° TRIMESTRE

Nome..... Cognome.....

Data di nascita..... Domicilio.....

Data prelievo / / Codice Fiscale

DATI ECOGRAFICI

Data Ecografia: / /

SE 1° TRIMESTRE:

Misurazione CRL•.....: mm (Min: 38 mm, Max: 83 mm)

**Epoca gestazione ottimale se il prelievo è eseguito tra l'ultima e la 12ma settimana, corrispondenti a CRL compreso tra 45 e 70 mm*

Traslucenza Nucale: , mm, Misurata da:.....
(si sottintende che la misura della Traslucenza Nucale sia stata eseguita in accordo con le Linee Guida Internazionali- Prenatal .Diagn 1998, 18:511-523)

SE 2° TRIMESTRE:

Misurazione LCC.....mm

Misurazione DBP:.....mm

Misurazione FEM:.....mm

Età Gestazionale Calcolata:.....sett + giorni

Data Ultima Mestruazione: / /

Durata del ciclo (es. 28gg).....Data del concepimento (se nota) / /

Fattori eli correzione utilizzati sul dato biochimico:

Peso Materno alla data del Prelievo:..... kg

Origine Etnica (se .diversa da Caucasica/Europea:

Diabetica Insulino - dipendente: Si

Gravidanza Gemellare Si

Fumatore: Si

Africa Centrale Asia

Gravidanza IVF, Stimolaz. Ovariche, Altro Si

Note: _____

Firma Medico _____