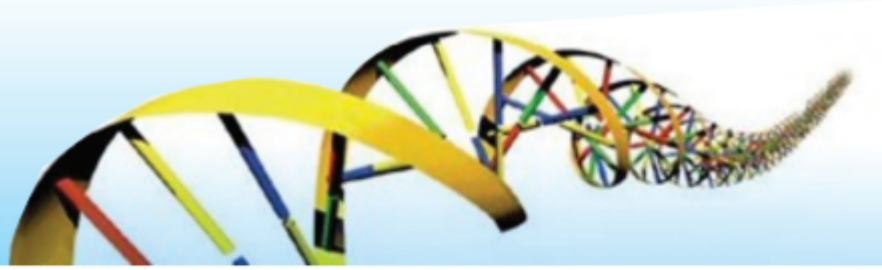
# Diagnostica Dr. Tilocca srl

LABORATORI ANALISI CLINICHE RIUNITI



## SCREENING SIEROLOGICO PER LA SINDROME DI DOWN
## I TRIMESTRE

*Nome paziente o codice* _____ *Tel.* _____

*Luogo di nascita* _____ *Data di nascita* ... / ... / ...

*Residente a* _____ *in via* _____

*Notizie anamnestiche* _____

*Indicazioni all'esame* _____

*Medico curante* _____ *Peso* _____ *Kg*

*Anamnesi personale e familiare materna:* - *apparentemente negativa*
- *positiva (specificare:* _____*)*

*Anamnesi personale e familiare paterna:* - *apparentemente negativa*
- *positiva (specificare:* _____*)*

*Diabete insulino dipendente:*_____*Fumatrice*_____

***Dati attuale gravidanza***

*Data U.M.:* ... / ... / ... *Settimane di gravidanza:* _____ *Numero feti:* _____

*Gravidanza insorta:* - *spontaneamente* - *Gravidanza IVF*_____*)*

*Andamento della gravidanza:* _____

*Specificare eventuali terapie ormonali:* _____

***Dati ecografici ( Screening previsto 11° - 14 sett. di Gravidanza)***

*Ecografista*_____ *Osso nasale* _____

*Data ecografia:* ... / ... / ... *Età gestazionale ecografica* _____

*Screening I trim. C.R.L.(min.45 –max 84) mm. :* _____ *NT mm. :* _____ *BPD mm. :* ____
*(campo non obbligatorio)*

***Data del prelievo ematico***: ... / ... / ...

*Il Medico richiedente*