

Modulo Richiesta "Bi-Test"
(PAPP-A+free β -HCG+ Translucenza Nucale)

Si raccomanda di richiedere l'esecuzione del test limitatamente al periodo compreso fra la **10ma e la 14ma** settimana di gestazione.

Reparto Medico Richiedente: _____

Data della richiesta: _____

DATI PERSONALI DELLA PAZIENTE

(IN NERETTO DATI ESSENZIALI DEL PAZIENTE)

Cognome: _____

Nome: _____

Indirizzo: Via/P.zza _____ N° _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Telefono: _____

Data di Nascita ____/____/____ **Peso della paziente: Kg** _____

Origine Etnica (caucasica, africana, asiatica, ispanica): _____

Fumatrice **SI** **NO** n° sigarette al giorno _____

Diabete **SI** **NO**

Gravidanza gemellare **SI** **NO**

Data del Prelievo ____/____/____

Età gestazionale

Data dell'ecografia: ____/____/____

Misurazione LCC (o CRL): _____mm

Età gestazionale alla data dell'ecografia (età gestazionale ecografica):

_____ **Settimane Complete** + _____ **Giorni**

Data ultima mestruazione ____/____/____

Misurazione ecografia Translucenza nucale

Misurazione N°1 _____mm

Misurazione N°2 _____mm

Misurazione N°3 _____mm

Firma Medico Richiedente _____