

<b>Screening prenatale</b>  Richiedente ..... ..... ..... .....  Tel ..... Fax .....	<b>Etichetta, dati del paziente</b> Cognome: ..... Nome: ..... Data di nascita: ..... Via: ..... Domicilio: .....
	Fattura a: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Medico richiedente <input type="checkbox"/> Cassa malati: .....

**Data e ora prelievo** (provetta per **siero**: tappo marrone, giallo o rosso):.....

**IMPORTANTE:** lasciare coagulare 20-40 min, centrifugare 10 min, **separare** il siero e **conservarlo a 4-8 °C**

<b>Dati paziente</b>
Peso: ..... Kg    Tabagismo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, numero di sigarette al giorno: .....
Etnia: <input type="checkbox"/> Caucasica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Altre: .....
Diabete mellitus: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, insulino-dipendente <input type="checkbox"/> Diabete gestazionale
Eventuali gravidanze precedenti con <input type="checkbox"/> T21 <input type="checkbox"/> T18 <input type="checkbox"/> T13 <input type="checkbox"/> NTD <input type="checkbox"/> Altro: .....
Se fecondazione assistita con donazione ovocita indicare data transfert ..... e data di nascita della donatrice:.....

**1° Trimestre: 1.-TT** (PAPP-A,  $\beta$ -hCG libera). La stima del rischio è possibile per una LCC compresa tra 45-84 mm

Ecografia eseguita il: .....                      dall'ecografista.....                      Numero dei feti: .....
Lunghezza cranio-caudale (LCC): ..... mm                      Traslucenza nucale: ..... mm
<i>Per gravidanze gemellari:</i> <input type="checkbox"/> bicoriale <input type="checkbox"/> monocoriale, biamniotica <input type="checkbox"/> monocoriale, monoamniotica
<i>Per il secondo gemello</i>
Lunghezza cranio-caudale (LCC): ..... mm                      Traslucenza nucale: ..... mm

**2° Trimestre: AFPplus** (AFP,  $\beta$ -hCG libera) da 14 1/7 a 19 6/7 settimane di gravidanza

Data ultima mestruazione: .....
Ecografia eseguita il: .....                      Numero dei feti: .....
Età gestazionale ecografica del giorno di misurazione (prelievo): ..... settimane + ..... giorni

**AFP** (semplice: eseguito anche su liquido amniotico) da 14 1/7 a 19 6/7 settimane di gravidanza

Data ultima mestruazione: .....
Ecografia eseguita il: .....                      Numero dei feti: .....
Età gestazionale ecografica del giorno di misurazione (prelievo): ..... settimane + ..... giorni

Con la sua firma il medico attesta che la paziente è stata informata sui limiti del test e ha dato il suo assenso all'esecuzione dello stesso.

Firma del medico: \_\_\_\_\_                      Copia risultati a: \_\_\_\_\_