



**SEZIONE DI DIAGNOSTICA PRENATALE**  
Screening BIOCHIMICI ed ECOGRAFICI I° trimestre

Dati Paziente	
Nome:	Cognome:
Data di nascita:	Data prelievo:
Dati anamnestici obbligatori	
Peso materno alla data del prelievo:	
Origine Etnica (se diversa da Caucasica/Europea)	
Diabete insulino-dipendente	
Gravidanza IVF con ovodonazione	

**VALUTAZIONE RISCHIO PER CROMOSOMOPATIE**  
**TRISOMIA 13, 18, 21 e Indice di rischio Early Pre-eclampsia**  
(Fetal Medicine Foundation Regulations for Certification in the 11-14 week scan)

Screening Cromosomopatie (tra 11° e 13° settimana di gestazione)	
Data ecografia: ___/___/___	
Misurazione CRL (45-79): _____ mm	Settimane con CRL: _____
Traslucenza nucale: ____, ____ mm	Misurato da: _____

Early Pre-Eclampsia Screening (tra 11° e 14° settimana di gestazione)	
Data ecografia: ___/___/___	Storia familiare di pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Gravidanza n°: _____
Ipertensione arteriosa: <input type="checkbox"/>	Pressione Arterioso: _____ / _____
Misurazione CRL: _____	
Indice pulsatile dell'arteria uterina (Min:0,4 Max:4)	<b>DX:</b> _____ <b>SX:</b> _____

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Specialista in \_\_\_\_\_ si assume la responsabilità della veridicità dei dati sopra riportati.

Firma e timbro medico/struttura richiedente: \_\_\_\_\_

**Modalità di raccolta e conservazione**

Entrambi i dosaggi possono essere eseguiti da un unico prelievo ematico (stessa provetta siero).

Il campione ematico deve essere inviato immediatamente presso la nostra struttura; in alternativa il campione ve centrifugato ed il siero conservato a 4°C per MAX 24h, oppure congelato (-20 °C)

**SI RICHIEDE**

Test Combinato	QUAD Test	QUAD Test + Indice di rischio Early Pre-Eclampsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>