
TRITEST

SCREENING PRENATALE PER LA SINDROME DI DOWN E PER DIFETTI DEL TUBO NEURALE

COGNOME

NOME

Data di nascita

Residenza

Telefono

Peso Kg

Data prelievo

BPD mm

Femore mm

Ultimo ciclo mestruale

Durata media del ciclo mestruale (gg)

Data ecografia

Diabete insulino dipendente.....

Fumatrice

Precedenti gravidanze Down.....

Precedenti gravidanze NDT.....

Numero feti

Numero gravidanze precedenti.....Di cui aborti.....

Medico richiedente

N.B. Il prelievo di sangue va effettuato **tra la 15a e la 20a settimana** di gravidanza.

La settimana di gestazione va confermata con l'ecografia.