

FIȘĂ CALCUL RISC PRENATAL

TRIPLU TEST (15 săptămâni – 20 săptămâni și 6 zile)

DATA COMPLETĂRII FIȘEI		DATA ȘI ORA RECOLTĂRII PROBEI	
------------------------	--	-------------------------------	--

A. SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE PACIENTĂ/ RECEPTOR:

Date pacientă:

NUME	
PRENUME	
DATA NAȘTERII	
DATE DE CONTACT (telefon, e-mail)	

Informații despre pacienta necesare interpretării:

GREUTATEA (Kg)	
FUMĂTOR	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
DIABETIC	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
SARCINA GEMELARĂ	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
FERTILIZARE IN VITRO	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
ORIGINEA ETNICĂ	<input type="checkbox"/> Cauziana <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Hispanica

*Am fost informată cu privire la înregistrarea, prelucrarea și comunicarea datelor mele cu caracter personal și sunt de acord cu aceste aspecte.
Am înțeles drepturile ce-mi revin cu privire la protecția datelor cu caracter personal și care sunt autoritățile de supraveghere cărora mă pot adresa în această privință.*

SEMNĂTURA PACIENTEI***

B. SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE MEDIC

DATA EFECTUĂRII ECOGRAFIEI	
VÂRSTA GESTAȚIONALĂ STABILĂ ECOGRAFIC (15 săpt. – 20 săpt. și 6 zile)	
DIAMETRU BIPARIETAL (DBP) (mm)	

NUME ȘI PRENUME MEDIC

PARAFA ȘI SEMNĂTURA MEDICULUI***

CLINICA SANTE

***Semnătura, parafa medicului și semnătura pacientei sunt obligatorii

Triplu test nu reprezintă o metodă de diagnostic; sunt furnizate doar niște riscuri pe baza cărora se decide oportunitatea unor investigații suplimentare!