

INFORMATII PACIENTA  
CALCUL RISC PRENATAL

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

SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE PACIENTĂ/ RECEPTIONER:

Date pacientă:

NUME	
PRENUME	
DATA NAȘTERII	
DATA EFECTUARE ECOGRAFIE ( <i>Termenul de la data efectuării ecografiei până la data recoltării probelor biologice nu trebuie să depășească 48 ore, optim fiind să se recolteze în aceeași zi cu efectuarea ecografiei</i> )	
DATE DE CONTACT (telefon, e-mail)	

Informații despre pacientă 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"/> Caucaziana <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Hispanica

In cazul fertilizării in vitro cu donatoare de ovocite:

DATA NASTERE DONATOARE	
ORIGINEA ETNICĂ DONATOARE	<input type="checkbox"/> Caucaziana <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Hispanica

**Pentru efectuarea analizei TRIPLU TEST este necesară atasarea Raportului medical în copie (semnat și parafat OBLIGATORIU de către medicul trimitător). Nu sunt acceptate ecografiile în locul Raportului medical, deoarece personalul laboratorului nu are competențe în interpretarea ecografiilor! **Raportul medical trebuie să conțină minimum, următoarele informații: diametrul biparietal (DBP).****

**Atentie!**

**In cazul în care nu este prezentat Raportul medical, se vor elibera numai rezultatele analizelor de sânge!**

**In săptămâna 14 de sarcină, laboratorul nu furnizează riscul pentru defectele de tub neural !**

**Riscurile calculate de PRISCA depind de acuratețea informațiilor furnizate de pacient/medic trimitător!**

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

**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.**

DATA COMPLETĂRII FIȘEI:

SEMNĂTURA PACIENTEI\*\*\*

--

DATA ȘI ORA RECOLTĂRII PROBEI:

\*\*\*Semnătura este obligatorie