



FISA CALCUL RISC PRENATAL

TRIPLU TEST

DATA COMPLETARII FISEI		DATA RECOLTARII PROBEI	
------------------------	--	------------------------	--

A. SE COMPLETEAZA DE CATRE PACIENTA/ RECEPTIONER:

DATE PACIENTA:

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

INFORMATII DESPRE PACIENTA NECESARE INTERPRETARII:

GREUTATEA (Kg)	
FUMATOR	☐ DA ☐ NU
DIABETIC	☐ DA ☐ NU
SARCINA GEMELARA	☐ DA ☐ NU
FERTILIZARE IN VITRO	☐ DA ☐ NU
ORIGINEA ETNICA	☐ Caucaziana ☐ Asiatica ☐ Africana ☐ Hispanica
DATA ULTIMEI MENSTRUATII	
INTERVALUL DINTRE DOUA MENSTRUATII CONSECUTIVE	

SEMNATURA PACIENTEI***

--

B. SE COMPLETEAZA DE CATRE MEDIC

DATA EFECTUARII ECHOGRAFIEI	
VARSTA GESTATIONALA STABILITA ECHOGRAFIC	
DIAMETRU BIPARIETAL (DBP) (mm)	

NUME SI PRENUME MEDIC

PARAFA SI SEMNATURA MEDICULUI***

--

CLINICA SANTE

***Semnatura, parafa medicului si semnatura pacientei sunt obligatorii