

FIȘĂ CALCUL RISC PRENATAL

TRIPLU TEST

(14 săptămâni – 20 săptămâni și 6 zile)

DATA COMPLETĂRII FIȘEI :

DATA ȘI ORA RECOLTĂRII PROBEI:

A. SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE PACIENTĂ/ RECEPȚIONER:

Date pacientă:

NUME

PRENUME

DATA NAȘTERII

DATE DE CONTACT (telefon, e-mail)

Informații despre pacientă necesare interpretării:

GREUTATEA (Kg)

FUMĂTOR

DA NU

DIABETIC

DA NU

SARCINA GEMELARĂ

DA NU

FERTILIZARE IN VITRO

DA NU

ORIGINEA ETNICĂ

Cauziana Asiatica
 Africana Hispanica

DATA ULTIMEI MENSTRUĂȚII

INTERVALUL DINTRE DOUĂ MENSTRUĂȚII CONSECUTIVE

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 ECHOGRAFIEI

VÂRSTA GESTAȚIONALĂ STABILĂ ECHOGRAFIC (14 săpt. – 20 săpt. și 6 zile)

DIAMETRU BIPARIETAL (DBP) (mm)

NUME ȘI PRENUME MEDIC

PARAFA ȘI SEMNĂTURA MEDICULUI***

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