

## FIȘĂ CALCUL RISC PRENATAL

DUBLU TEST  
(11 săptămâni – 13 săptămâni și 6 zile)

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

## A. SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE PACIENTĂ/ RECEPTIONER:

Date pacientă:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| NUME                              |  |
| PRENUME                           |  |
| DATA NAȘTERII                     |  |
| 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"/> Cauziana <input type="checkbox"/> Asiatica<br><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 ECHOGRAFIEI                                            |  |
| CRL (38-84 mm)                                                         |  |
| VÂRSTA GESTAȚIONALĂ STABILĂ ECHOGRAFIC (11 săpt. – 13 săpt. și 6 zile) |  |
| TRANSLUCENTA NUCALĂ (mm)                                               |  |
| OS NAZAL                                                               |  |

NUME ȘI PRENUME MEDIC

PARAFA ȘI SEMNĂTURA MEDICULUI\*\*\*

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

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