

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/ RECEPTIONER:

Date pacientă:

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

Informații despre pacienta 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

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 STABILITĂ ECHOGRAFIC (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