

Dati Paziente

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: ___/___/___ Data prelievo: ___/___/___

Dati anamnestici obbligatori:

Peso materno alla data del prelievo: _____ Fumo: _____

Origine Etnica (se diversa da Caucasica/Europea): _____

Diabete insulino-dipendente: Si Gravidanza IVF stimolazione ovarica, altro.... Si **VALUTAZIONE RISCHIO PER CROMOSOMOPATIE (trisomia 13, 18, 21)
I° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA (tra 11° e 13° settimana di gestazione)****Il periodo intercorrente tra il prelievo ematico e l'effettuazione della ecografia (NT) non deve superare le 72 h.**

Dati ecografici 1° trimestre

Data ecografia: ___/___/___ Misurazione CRL: _____ mm Settimane con CRL: _____
(min: 45 mm, max: 83 mm)

Translucenza nucale: __, __ mm Misurato da: _____

standardizzazione: "Fetal Medicine Foundation Regulations for Certification in the 11-14 week scan" (www.fetalmedicine.com)

**INDICE RISCHIO PER LA EARLY PRE-ECLAMPSIA
I° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA (tra 11° e 14° settimana di gestazione)**

Data ecografia: ___/___/___

Storia familiare di pre-eclampsia Gravidanza n°: Ipertensione arteriosa

Misurazione CRL: _____

Pressione Arteriosa : ___/___

Indice pulsatile dell'arteria uterina(min: 0,4-max: 4) DX: _____ SX: _____

standardizzazione: "Fetal Medicine Foundation Regulations for Certification in the 11-14 week scan" (www.fetalmedicine.com)

Il sottoscritto DR _____

Specialista in _____ si assume la responsabilità della veridicità dei dati sopra riportati e li mette a disposizione dell'ISTITUTO DIAGNOSTICO VARELLI per l'elaborazione dei risultati (unitamente ai parametri biochimici) secondo il sistema computerizzato LIFECYCLE della PERKIN ELMER.

| _____
timbro e firma**Modalità di raccolta e conservazione:**

entrambi i dosaggi possono essere eseguiti da un unico prelievo ematico (stessa provetta siero).

Il campione ematico deve essere centrifugato ed il siero conservato a 4° C per max 24 h; in alternativa il campione deve essere congelato (-20°C) o inviato immediatamente presso la nostra struttura .

Si richiede: Test Combinato Indice di rischio Early Pre-eclampsia

Firma e timbro medico/struttura richiedente: