

Dr n. med. Lech Dudarewicz, Uni-Med Diagnostyka Hormonalna

91-463 Łódź, ul. Łagiewnicka 54/56

FORMULARZ DANYCH PACJENTKI

TEST PODWÓJNY

Badanie przesiewowe w kierunku zespołu Downa i innych nieprawidłowości chromosomowych płodu w pierwszym trymestrze ciąży

Dane Pacjentki:		Dane Ciąży:	
Imię:		Data Ost. Miesiączki	
Nazwisko:		Długość cyklu (dni)	
		Regularność cyklu	Tak/Nie
Data urodzenia:			
Adres:		Liczba przebytych ciąż	
Nr. Telefonu*:		Liczba przebytych porodów	
Rasa, jeżeli nie biała			
Masa ciała			
Liczba wypalanych papierosów/dobę		Dane USG:	
Cukrzyca	Tak/ Nie	Data badania	
		BPD (mm), (hbd)	
Ciąża po IVF/ stymulacji owulacji	IVF ? Stymulacja ?	FL (mm), (hbd)	
Inna patologia w tej lub poprzednich ciążach (wpisz jaka)		FHR (1/min)*	
		NT** (mm), (data) (jeżeli było mierzone w pierwszym trymestrze)	
		Ciąża bliźniacza	Tak/Nie
Data pobrania krwi			
Dane lekarza prowadzącego			
Imię i nazwisko			
Adres			
Tel., fax*, e-mail*			

Podpis lekarza kierującego

Dane opcjonalne zaznaczono *
**- przezierność karkowa