

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

91-463 Łódź, ul. Łagiewnicka 54/56

FORMULARZ DANYCH PACJENTKI

TEST POTRÓJNY

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