

DÚO MARCADOR GENÉTICO
Primer Trimestre Semana 9 a 13.0 Por Ultrasonido. (PAPP-A y b-hCG)

Información Clínica: _____ *Fecha de toma de muestra: _____

*Nombre del paciente: _____

*Fecha de nacimiento: día: _____ mes: _____ año: _____

Edad materna: _____

*Peso: _____ kg

*Fecha en que se calculó último US: día: _____ mes: _____ año: _____

*Semanas de gestación de último US: _____

*Translucencia Nucal : _____ mm

*LCC (Longitud Cabeza - Coronal): _____ Semanas: _____

*Presencia de hueso nasal : ()SI ()NO

Fecha de última menstruación FUM: día: _____ mes: _____ año: _____

Semanas de gestación por FUM: _____

Tabaquismo: ()SI ()NO

Raza: Hispano- Latina Caucásica- Sajona

Diabetes insulino-dependiente: ()SI ()NO

Medicamentos: _____

Fecundación in vitro: ()SI ()NO

G: _____; P: _____; A: _____; C: _____

Número de fetos (embarazo actual): _____

Antecedentes:

Hijo previo con alteraciones cromosómicas: _____

Síndrome de Down: _____

Otra: _____

Hijo previo con defecto de tubo neural: _____

Otros defectos congénitos: _____

No excluir ningún dato, ya que es necesario para la interpretación y reporte del resultado.