

TRIPLE Y CUÁDRUPLE MARCADOR GENÉTICO
Segundo Trimestre Semana 14 a la 20 Por Ultrasonido. (AFP, HCG TOTAL, uE3 E
INHIBINA-A)

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 USG:** _____

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: _____