

Cuestionario para Dúo - Test Ultrasensible Ampliado (β - hCG - libre /PAPP - A) 8⁺¹ -14⁺¹

Nombre del Laboratorio/Clínica/Hospital donde se toma la muestra: _____.

Médico tratante: Dr (a). _____ Fecha de llenado: _____ / _____ / _____
día / mes / año

Nombre de la embarazada: _____
Nombre (s) / Apellidos

Fecha de nacimiento de la embarazada: _____ / _____ / _____. Edad: _____ años.
día / mes / año

Contacto: Teléfono: _____ (_____) _____ e-mail: _____ @ _____.

¿De qué origen étnico se considera la embarazada?

- Caucásico (Europeo, Hispánico, Oriente Medio, África del Norte)
- Negro (Africano, Caribeño, Afro-americano)
- Asiática (Indio, Pakistani, Bangladeshi)
- Este Asiático-Oriental (Chino, Coreano, Japonés)
- Otra: _____.

Fecha de última menstruación (FUM): _____ / _____ / _____. O bien, Desconocida

¿Cómo considera su ciclo menstrual?

- Regular, FUM segura
- Regular, FUM incierta
- Irregular
- Menos de 3 ciclos desde el último embarazo
- Menos de 3 ciclos desde suspensión de anticonceptivos

¿Toma medicamentos? Sí No

Aspirina protect o junior (80-160 mg diarios), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____.
 Heparina (estándar o de bajo peso), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____.
 Progesterona (oral, vaginal o inyectada), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____.
 Prednisona (p. ej. meticortén), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____.
 Otros: _____

¿Hay/hubo algún hijo o feto previo con alteración cromosómica?

- Trisomía 21 Trisomía 18 Trisomía 13 Otro: _____ No

¿Cuántos embarazos previos cuenta Usted? _____, de los cuales Ectópicos [_____]

Abortos espontáneos / Muerte in útero en las primeras 15 semanas [_____], _____.

Mortinatos [_____], de los cuales antes de las 37 semanas [_____] o con 37 semanas o más [_____] _____.

Nacidos vivos [_____], de los cuales antes de las 37 semanas [_____] o con 37 semanas o más [_____], por favor indique de ellos:

- ¿cuántas semanas? [_____].....¿peso? [_____]g... Espontáneo Inducido/Programado ... ¿vivo? Sí No
- ¿cuántas semanas? [_____].....¿peso? [_____]g... Espontáneo Inducido/Programado ... ¿vivo? Sí No
- ¿cuántas semanas? [_____].....¿peso? [_____]g... Espontáneo Inducido/Programado ... ¿vivo? Sí No
- ¿cuántas semanas? [_____].....¿peso? [_____]g... Espontáneo Inducido/Programado ... ¿vivo? Sí No

Tabaquismo:

- Fumadora
- No fuma
- Paró antes del embarazo ¿Fecha? _____ / _____ / _____. ¿Diarios? _____.
- Paró durante el embarazo ¿Fecha? _____ / _____ / _____. ¿Diarios? _____.

¿Padece la embarazada diabetes dependiente de insulina? Sí No No Aplica

¿Padece la embarazada hipertensión crónica? Sí No

¿Padece la embarazada lupus eritematoso sistémico? Sí No

¿Padece la embarazada síndrome antifosfolípidos? Sí No

- ¿Padeció la embarazada pre-eclampsia en algún embarazo anterior? Sí No
- ¿Padeció la madre de la embarazada pre-eclampsia? Sí No
- ¿Es portadora la embarazada de algún defecto del tubo neural? Sí No
- ¿Tiene algún otro antecedente personal o familiar que considere relevante? Por favor indique cuál(es): _____

- ¿Se logró el embarazo con algún tratamiento de Reproducción Asistida*?.....¿Inductores de ovulación? Sí No
- No (embarazo espontáneo) Donante semen
- FIV (fertilización in-vitro) Donante ovocitos
- ICSI Otra (GIFT, ZIFT, etc.):
- Clomifeno

(*) En caso de Reproducción Asistida, indique lo siguiente:

Fecha de extracción de ovocitos: ____/____/____, F. congelación: ____/____/____ Edad materna: ____ años

Fecha de implantación: ____/____/____. Si aplica, fecha de nacimiento de la donante ____/____/____, o su edad aprox: ____ años

✦ Para ser llenado por personal del Laboratorio/Clinica/Hospital:

Fecha de muestra: ____/____/____.

Estatura: ____/____/____/____ cm. Peso: ____/____/____/____ kg Edad de la gestación al momento de la muestra: ____ s ____ d

Presión arterial (mmHg): Monitor Baumanómetro

Brazo izquierdo		Brazo derecho	
Sístole	Diástole	Sístole	Diástole

Nota: Sólo se transcriben las medidas y los marcadores que estén indicados explícitamente en cada informe impreso; si lo desea, puede enviar las respectivas copias para que el personal del laboratorio de referencia se encargue de ello. Se prefiere certificado FMF.

Ecografía 11-13 semanas: Realizada Programada: Fecha: ____/____/____.

Ecografista: _____, FMFID: _____, o bien No tiene certificado FMF

¿Cuántos fetos son?

- Embarazo de un solo feto. Monocorial biamniótico
- Bicorial-biamniótica. Monocorial monoamniótico

Feto 1 ó único:

Longitud corona-cauda (LCC): ____/____/____ mm.

Frecuencia cardiaca fetal (FCF): ____/____/____ lpm.

Translucencia de la nuca (TN): ____/____/____ mm.

IP Ducto venoso (DV): ____/____/____

Hueso nasal: Presente Ausente/hipoplásico

Flujo tricúspide: Normal Reverso

Defectos mayores: holoprosencefalia onfalocele

hernia diafragmática defecto septal AV

megavejiga: ____/____/____ mm.

Uterinas 11-13: IP izquierdo: ____/____/____, IP derecho: ____/____/____

Feto 2 (si aplica):

Longitud corona-cauda (LCC): ____/____/____ mm.

Frecuencia cardiaca fetal (FCF): ____/____/____ lpm.

Translucencia de la nuca (TN): ____/____/____ mm.

IP Ducto venoso (DV): ____/____/____

Hueso nasal: Presente Ausente/hipoplásico

Flujo tricúspide: Normal Reverso

Defectos mayores: holoprosencefalia onfalocele

hernia diafragmática defecto septal AV

megavejiga: ____/____/____ mm.

Longitud endocervical: ____/____/____ mm.