

Richiesta TRI-TEST

<u>Nome e Cognome della Paziente</u>		
<u>Età all'atto del concepimento</u>		
<u>Data di nascita</u>		
<u>Giorno del prelievo</u>		
<u>Settimane di gravidanza</u>		<u>Giorni di gravidanza</u>
<u>Ultime mestruazioni</u>		
<u>Peso all'atto del prelievo</u>		
<u>Eventuali dati ecografici</u>	<hr/> <hr/>	
<u>Fumatrice</u>		<u>Non Fumatrice</u>
<u>Terapia con Acido Folico</u>		
<u>Numero di gravidanze precedenti</u>		
<u>Eventuali figli con sindrome di Down</u>		
<u>Razza</u>		

Condizioni Per effettuare il prelievo

- Settimana di gravidanza : dalla 14° alla 20°;
- Presentare Ecografia il più recente possibile.