



tritest

LABORATOR DE ANALIZE MEDICALE

Iași, str. Anastasie Panu nr. 28-40
sub sediul BRD Sucursala A.Panu
Tel/fax: 0232 210 113

BILET DE TRIMITERE DUBLU TEST

SCREENING PENTRU SINDROM DOWN ȘI SINDROM EDWARDS
săptămânile 11-14 de sarcină

NUME

PRENUME

CNP

DATE ECOGRAFICE

Data efectuării ecografiei / /

Vârsta gestațională la data efectuării ecografiei

..... săptămâni zile

Vârsta gestațională la data recoltării probei

..... săptămâni zile

Măsurători: pliu nucal mm

ALTE DATE

Greutatea maternă la data recoltării probei kg.

Data ultimei menstruații / /

Fumătoare ☐ DA ☐ NU

Diabet ☐ DA ☐ NU

Fertilizare in vitro ☐ DA ☐ NU

Sarcina gemelară ☐ DA ☐ NU

NUMELE MEDICULUI CARE RECOMANDĂ

.....

Semnătura