

**BILET DE TRIMITERE
TRIPLU TEST****SCREENING PENTRU SINDROM DOWN , SINDROM EDWARDS
ȘI DEFECTE DE TUB NEURAL
săptămânile 14-21 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: CRL mm, BPD mm

ALTE DATE

Greutatea maternă la data recoltării probei kg.

Data ultimei menstruații / /

Fumătoare ☐ DA ☐ NUDiabet ☐ DA ☐ NUFertilizare in vitro ☐ DA ☐ NUSarcina gemelară ☐ DA ☐ NU**NUMELE MEDICULUI CARE RECOMANDĂ**

.....

Semnătura