



## CRIBADO PRENATAL 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE (9-13+6 SEMANAS)

Datos de filiación del paciente	Muestra
Nombre: Primer apellido: Segundo apellido:	Código de la muestra:  Fecha de toma de la muestra: / /

Centro remitente
Centro remitente: Facultativo de contacto: Teléfono de contacto:

Datos imprescindibles para el cálculo del riesgo en el primer trimestre	
Datos ecográficos	Datos adicionales (factores de corrección)
Fecha de ecografía: / / CRL (mm): Translucencia nucal (mm): Nº de embriones: Ecografista:	Peso de la paciente (kg): Fecha de nacimiento: / / Diabetes: Sí No Fumadora: Sí No FIV: Sí No Raza: Caucásica Negra Asiática

**Todos los datos deben cumplimentarse con la máxima exactitud para garantizar la calidad de los resultados. Para cualquier aclaración sobre los datos, u otros temas relacionados con el cribado prenatal, no duden en contactar con nosotros.**

Centro Inmunológico Alicante  
c/ Cristo de la Paz, 36-38 bajos  
03550 - San Juan (Alicante)  
965943133 - Fax 965943264  
www.cialab.com [admin@cialab.com](mailto:admin@cialab.com)