

CRIBADO PRENATAL 1 TRIMESTRE (9-13+6 SEMANAS)

Datos de la paciente	Muestra
Nombre:	Código de la muestra:
Primer apellido:	Fecha de toma de la muestra:
Segundo apellido:	
Fecha de nacimiento: / /	
Raza: ☐ Caucásica ☐ Negra ☐ Asiática	

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: / /	Peso de la paciente (kg):
CRL (mm):	Talla (cm):
Translucencia nuchal (mm):	Semana Gestacional:
Nº de embriones:	F.U.R.:
Ecografista:	Diabetes: ☐ Sí ☐ No
	Fumadora: ☐ Sí ☐ No

Fecundación in vitro ☐ Sí ☐ No	
☐ Inducción de ovulación	☐ Óvulos/Embriones de donante
☐ Óvulos/Embriones congelados	Fecha de nacimiento de la donante:
Fecha de congelación:	ó
	Edad al momento de la donación:

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.

Contacto

Dirección: Calle Nicolás de Bussi, 18,
Polígono de Torrellano. 03203 Elche, Alicante
Teléfono de Atención al Cliente: 965 94 31 33

Fax: +34 965 943 264
Email: admin@riberalabs.com