

SOLICITUD PARA EL ESTUDIO DE DOBLE, TRIPLE Y CUADRUPLE MARCADOR EN SUERO MATERNO.

FECHA DE LA TOMA MUESTRA: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ F. U. R. _____ PESO: _____ kg

ESTATURA: _____ mts TABAQUISMO: _____ DIABETES: _____

EDAD GESTACIONAL POR USG: _____ EDAD GESTACIONAL POR FUR: _____

RAZA: HISPANA LATINA _____ NEGRA _____ CAUCÁSICA-SAJONA _____ OTRA _____

Nº DE GESTACIONES: _____ GESTACIÓN MÚLTIPLE: DOBLE _____ TRIPLE _____

VALOR DE TRASLUCENCIA NUCAL: _____ DIÁMETRO BIPARIETAL FETAL: _____

MEDICAMENTOS: _____

MARCADORES BIOQUÍMICOS ANORMALES PREVIAMENTE. SI _____ NO _____

¿CUÁL? _____

HIJO PREVIO CON CROMOSOPATÍA: SI _____ NO _____

DEFECTO CONGÉNITO: _____