

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome

Nome

Data di nascita

Data prelievo

Data ultima mestruazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data ecografia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Misurazione CRL: \_\_\_\_\_ mm

Traslucenza nucale (NT): \_\_\_\_\_ mm

Ecografista: \_\_\_\_\_

Certificato da: \_\_\_\_\_

***Fattori di correzione utilizzati sul dato biochimico:***

Peso/Altezza materno alla data del prelievo: Kg \_\_\_\_ cm \_\_\_\_

Fumo (indicare n° di sigarette al giorno) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20

Origine etnica (se diversa da Caucasica/Europea) Africa centrale / Asiatica / Ispanica

Diabete mellito **SI** **NO**

Fecondazione in vitro, stimolazioni ovariche, altro **SI** **NO**

Precedenti nati affetti da cromosomopatie **SI** **NO**

Gravidanza gemellare **SI** **NO**

Dichiaro di essere consapevole che il BITEST (dosaggio di PAPP-A e FREE BETA-HCG) darà come risposta una stima del rischio della Sindrome di Down e di altre anomalie cromosomiche. Ho inteso pertanto che il BITEST non è un test diagnostico ma un test probabilistico, che non esclude la possibilità che il feto presenti la Sindrome di Down o altre anomalie cromosomiche. Attesto che mi sono state date in maniera chiara ed esauriente tutte le spiegazioni che ho richiesto relativamente all'esame. Acconsento dunque a sottopormi all'indagine di mia spontanea volontà e in piena consapevolezza.

Data \_\_\_\_\_

Firma della paziente \_\_\_\_\_