

Screening Bioquímico Pré-natal de Alterações Congênicas

Formulário Risco Fetal 1º/2º Trimestre

Os dados abaixo são importantes para a realização do Estudo do Risco Fetal. Sempre devem acompanhar o material coletado.

DADOS DA MÃE:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Peso: _____

Gravidez "in vitro": ___ SIM ___ NÃO

Diabetes: ___ SIM ___ NÃO

Fumante: ___ SIM ___ NÃO

Etnia: ___ CAUCASICA ___ AFRICANA ___ ASIATICA

DADOS ECOGRÁFICOS:

Semanas de Gestação Ecográfica: _____

Trimestre: ___ 1º ___ 2º

Tipo de Gravidez: ___ SIMPLES ___ GEMELAR

Medição Translucência Nucal: _____ mm

C.R.L. (Comprimento Crânio-caudal): _____

Data da Ecografia: _____

Data da Coleta de Sangue: _____

_____/_____/_____

Data

Assinatura