



CEG

Centro de Excelencia en Genética

Solicitud para marcadores genéticos prenatales

- DUO TEST ()
 DUO TEST + PREECLAMPSIA ()
 TRIPLE MARCADOR ()
 CUADRUPLE MARCADOR ()

Número de muestra _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ F. Nac: ____ / ____ / ____

Peso en kg: _____ Talla en mts: _____

Raza: Hispana/Latina Caucásica/Sajona Negra Otra

Tabaquismo	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
Diabetes	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
Fertilización in vitro	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

Antecedente de S. Down/T 18/otro: _____

Fecha de USG (día/mes/año): ____ / ____ / ____ y edad gestacional al momento del USG: _____

FUM (día/mes/año): ____ / ____ / ____

Fecha de toma (día/mes/año): ____ / ____ / ____

Semanas de embarazo (al día de la toma) por FUM: _____ y por USG: _____

Número de Fetos: _____

EN CASO DE: DUO TEST

T. Nucal (mm): _____

H. Nasal: _____

Ductus venoso: _____

EN CASO DE: Triple/Cuádruple Marcadores

Si se realizó DUO TEST previo:

PAPP-A: _____ B-HCG: _____

Nombre y firma del médico

Nombre y firma de la paciente