

PACIENTE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Centro remitente:

1º APELLIDO .....	
2º APELLIDO .....	
NOMBRE .....	
TFNO. ....	
F.U.R. ....	Nº EXTRACCION .....

**Cribado prenatal en el 2º trimestre (14-17+6 semanas)**

Datos imprescindibles para el cálculo del riesgo en el primer trimestre:

Peso de la paciente (Kg): ..... Fecha de nacimiento: .....

**Datos ecográficos:**

Fecha de ecografía: .....

Edad gestacional (en el momento de la ecografía): .....

Nº de embriones: .....

**Datos adicionales (factores de corrección):**

Diabetes: .....

Fumadora: .....

Raza: .....

FIV: .....

**Fecha de extracción sanguínea:** .....

Solicitud realizada por el Dr./Dra.: .....

Todos los datos deben cumplimentarse con la máxima exactitud para garantizar la calidad de los resultados.  
Para cualquier aclaración sobre los datos, u otro tema relacionado con el cribado prenatal, no duden en contactar con nosotros.