Solicitud para el estudio de Triple Marcador en suero materno (AF-P; uE, HGC)

No. De Muestra:_____
* Fecha de la toma: _____ _____ _____
AÑO MES DIA
* Nombre del paciente: _____
* Fecha de nacimiento: _____ _____ _____ F. U. M : _____ _____ _____
AÑO MES DÍA AÑO MES DIA

* Edad Gestacional: Por FUM _____ Por USG _____
* Raza: Hispana – Latina _____, Caucásica- Sajona _____, Negra_____, Otra Especie _____.
* No. de gestaciones: _____, P _____, C_____, A_____.
* Gestación múltiple: Doble_____, Triple _____.
* Peso: _____ Kg.
Estatura: _____ mts. Tabaquismo: Pos. _____ Neg._____
Diabetes M. : I _____ II _____.
Medicamentos: _____
* USG Anormal Espec. _____
* Marcadores Bioquímicos Anormales previamente
Cual ? _____
Hijo previo con cromosopatía: _____
Defecto congénito: _____
Fecha del ensayo: _____ _____ _____ y Cuantificación de Marcadores.
AÑO MES DÍA
Alfa – Feto Proteína _____
Estriol Libre _____
HGC Total _____
* Médico Solicitante: _____
Dirección: _____
Tel: _____ Fax: _____ Procedencia: _____

Suplicamos llenar todos los datos que le sean posibles, los de asterisco son INDISPENSABLES.
Este Estudio debe realizarse de la semana 15 a la 20.6 de gestación, comprobado por ultrasonido.
La edad gestacional es fundamental, no es confiable por FUM favor de proporcionarla por USG.
Anexar copia de la interpretación del último ultrasonido.
(Con letra molde, en mayúsculas y claramente por favor).