

¿Padeció la embarazada pre-eclampsia en algún embarazo anterior? Sí No

¿Padeció la madre de la embarazada pre-eclampsia? Sí No

¿Es portadora la embarazada de algún defecto del tubo neural? Sí No

¿Tiene algún otro antecedente personal o familiar que considere relevante? Por favor indique cuál(es): _____.

¿Se logró el embarazo con algún tratamiento de Reproducción Asistida*? ¿Inductores de ovulación? Sí No

No (embarazo espontáneo) Donante semen

FIV (fertilización in-vitro) Donante ovocitos

ICSI Otra (GIFT, ZIFT, etc.):

Clomifeno

(*) En caso de Reproducción Asistida, indique lo siguiente:

Fecha de extracción de ovocitos: ____/____/____, F. congelación: ____/____/____ Edad materna: ____ años.

Fecha de implantación: ____/____/____. Si aplica, fecha de nacimiento de la donante ____/____/____, o su edad aprox: ____ años.

✦ **Para ser llenado por personal del Laboratorio/Clinica/Hospital:**

Fecha de muestra: ____/____/____.

Estatura: ____/____/____ cm. Peso: ____/____/____ kg Edad de la gestación al momento de la muestra: ____ s ____ d

Presión arterial (mmHg): Monitor Baumanómetro

Brazo izquierdo		Brazo derecho	
Sístole	Diástole	Sístole	Diástole

Nota: Sólo se transcriben las medidas y los marcadores que estén indicados explícitamente en cada informe impreso; si lo desea, puede enviar las respectivas copias para que el personal del laboratorio de referencia se encargue de ello. Se prefiere certificado FMF.

Ecografía 11-13 semanas Realizada Programada: Fecha: ____/____/____.

Ecografista: _____, FMFID: _____, o bien No tiene certificado FMF

¿Cuántos fetos son?

Embarazo de un solo feto.
Bicorial-biamniótica.

Monocorial biamniótico
Monocorial monoamniótico

Feto 1 ó único:

Longitud corona-cauda (LCC): ____/____/____ mm.

Frecuencia cardiaca fetal (FCF): ____/____/____ lpm.

Translucencia de la nuca (TN): ____/____/____ mm.

IP Ducto venoso (DV): ____/____/____

Hueso nasal: Presente Ausente/hipoplásico

Flujo tricúspide: Normal Reverso

Defectos mayores: holoprosencefalia onfalocele

 hernia diafragmática defecto septal AV

 megavejiga: ____/____/____ mm.

Feto 2 (si aplica):

Longitud corona-cauda (LCC): ____/____/____ mm.

Frecuencia cardiaca fetal (FCF): ____/____/____ lpm.

Translucencia de la nuca (TN): ____/____/____ mm.

IP Ducto venoso (DV): ____/____/____

Hueso nasal: Presente Ausente/hipoplásico

Flujo tricúspide: Normal Reverso

Defectos mayores: holoprosencefalia onfalocele

 hernia diafragmática defecto septal AV

 megavejiga: ____/____/____ mm.

Uterinas 11-13: IP izquierdo: ____/____/____, IP derecho: ____/____/____ Longitud endocervical: ____/____/____ mm.