

TRIPLE CUÁDRUPLE MARCADO GENÉTICO
Segundo Trimestre Semana 14 a la 20 Por Ultrasonido. (AFP, HCG TOTAL, uE3 E
INHIBINA-A)

Información Clínica: *** Fecha de toma de muestra:** _____

*** Nombre del paciente:** _____

*** Fecha de nacimiento:** día: _____ mes: _____ año: _____

Edad materna: _____

*** Peso:** _____ kg

*** Fecha en que se calculó último US:** día: _____ mes: _____ año: _____

*** Semanas de gestación de último USG:** _____

Fecha de última menstruación FUM: día: _____ mes: _____ año: _____

Semanas de gestación por FUM: _____

Tabaquismo: () SI () NO

Raza: Hispano-Latina Caucásica Sajona

Diabetes insulino-dependiente: () SI () NO

Medicamentos: _____

Fecundación in vitro: () SI () NO

G: _____; P: _____; A: _____; C: _____

Número de fetos (embarazo actual): _____

Antecedentes:

Hijo previo con alteraciones cromosómicas: _____

Síndrome de Down: _____

Otra: _____

Hijo previo con defecto de tubo neural: _____

Otros defectos congénitos: _____