

TRIPLE Y 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 ultima menstruación FUM: día: _____ mes: _____ año: _____

Semanas de gestación por FUM: _____

Tabaquismo: ()SI ()NO

Raza: Hispano-Latina Causa:

Diabetes insulino-dependiente: () SI () NO

Medicamentos:

Fecundación in vitro: (-)SI (-)NO

$\text{C}_1 \rightarrow \text{P}_1 \rightarrow \text{A}_1 \rightarrow \text{C}_1$

Notes and References

Número de votos (máximo de doce). _____

Antecedentes:

Mijn proefcen achtersteerdechromosoomen: _____

Otra:

Hijo previo con defecto de tubo neural:

Otros defectos congénitos: