



Dúo Marcador Genético

Primer Trimestre Semana 9 A 13.0 Por
Ultrasonido (PAPP – A y b-hCG)

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 US: _____

*Translucencia Nucal: _____ mm

*LCC (Longitud Cauda - Coronal): _____ Semanas: _____

*Presencia de hueso nasal: SI _____ NO _____

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 invitro: SI _____ NO _____

G: _____, P: _____, A: _____, C: _____

Números de fetos (embarazo actual): _____

Antecedentes:

Hijo previo con alteraciones cromosómicas: _____

Síndrome de Down: _____

Otra: _____

Hijo previo con defecto de tubo neural: _____

Otros defectos congénitos: _____