

Cuestionario para Dúo - Test Ultrasensible Ampliado (β - hCG - libre /PAPP - A) 8⁺¹ -14⁺¹

Nombre del Laboratorio/Clinica/Hospital donde se toma la muestra: _____.

Médico tratante: Dr (a). _____ Fecha de llenado: ____/____/____.
día mes año

Nombre de la embarazada: _____
Nombre (s) Apellidos

Fecha de nacimiento de la embarazada: ____/____/____. Edad: ____ años.
día mes año

Contacto: Teléfono: ____ (____) ____ e-mail: ____@____.

¿De qué origen étnico se considera la embarazada?

- ☐ Caucásico (Europeo, Hispánico, Oriente Medio, África del Norte)
☐ Negro (Africano, Caribeño, Afro-americano)
☐ Asiática (Indio, Pakistani, Bangladeshi)
☐ Este Asiático-Oriental (Chino, Coreano, Japonés)
☐ Otra: _____

Fecha de última menstruación (FUM): ____/____/____. O bien, ☐ Desconocida

¿Cómo considera su ciclo menstrual?

- ☐ Regular, FUM segura ☐ Menos de 3 ciclos desde el último embarazo
☐ Regular, FUM incierta ☐ Menos de 3 ciclos desde suspensión de anticonceptivos
☐ Irregular

¿Toma medicamentos? ☐ Sí ☐ No

Aspirina protect o junior (80-160 mg diarios), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____.
Heparina (estándar o de bajo peso), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____,
Progesterona (oral, vaginal o inyectada), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____,
Prednisona (p. ej. meticortén), dosis: _____, desde: _____, hasta: _____,
Otros: _____

¿Hay/hubo algún hijo o feto previo con alteración cromosómica?

- ☐ Trisomía 21 ☐ Trisomía 18 ☐ Trisomía 13 ☐ Otro: _____ ☐ No

¿Cuántos embarazos previos cuenta Usted? _____, de los cuales Ectópicos [____]

Abortos espontáneos / Muerte in útero en las primeras 15 semanas [____], _____.

Mortinatos [____], de los cuales antes de las 37 semanas [____] o con 37 semanas o más [____].

Nacidos vivos [____], de los cuales antes de las 37 semanas [____] o con 37 semanas o más [____], por favor indique de ellos:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| • ¿cuántas semanas? [____].....¿peso? [____]g]... | <input type="checkbox"/> Espontáneo | <input type="checkbox"/> Inducido/Programado ... ¿vivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • ¿cuántas semanas? [____].....¿peso? [____]g]... | <input type="checkbox"/> Espontáneo | <input type="checkbox"/> Inducido/Programado ... ¿vivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • ¿cuántas semanas? [____].....¿peso? [____]g]... | <input type="checkbox"/> Espontáneo | <input type="checkbox"/> Inducido/Programado ... ¿vivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • ¿cuántas semanas? [____].....¿peso? [____]g]... | <input type="checkbox"/> Espontáneo | <input type="checkbox"/> Inducido/Programado ... ¿vivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Tabaquismo:

- ☐ Fumadora
☐ No fuma
☐ Paró antes del embarazo ¿Fecha? ____/____/____. ¿Diarios? ____.
☐ Paró durante el embarazo ¿Fecha? ____/____/____. ¿Diarios? ____.

¿Padece la embarazada diabetes dependiente de insulina? ☐ Sí ☐ No ☐ No Aplica

¿Padece la embarazada hipertensión crónica? ☐ Sí ☐ No

¿Padece la embarazada lupus eritematoso sistémico? ☐ Sí ☐ No

¿Padece la embarazada síndrome antifosfolípidos? ☐ Sí ☐ No

¿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. ☐ Monocorial biamniótico
☐ Bicorial-biamniótica. ☐ 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.

Uterinas 11-13: IP izquierdo: ____/____/____, IP derecho: ____/____/____

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.

Longitud endocervical: ____/____/____ mm.