SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SCREENING DE PRIMER TRIMESTRE

Servicio Andaluz de Salud
JUNTA DE ANDALUCIA
Consejería de Salud

Complejo Hospitalario
Carlos Haya

NºH.C.
1º APELLIDO
2º APELLIDO
NOMBRE
Nº S.SOCIAL / TASS / /
FEC. NACIMIENTO . .

CNP FACULTATIVO

Servicio	Destino	Hab. / Cama

Raza
- B
- N
- A
- Otra

Peso ,

Talla ,

Edad del padre

Teléfonos de contacto

	SÍ	NO
GEMELAR		
MONOCORIAL		
BICORIAL		
DIABETES		
Nº CIGARRILLOS / DÍA		
FIV		
ICSI		
INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN		
DONACIÓN DE OVOCITOS		

Pappa, FBHCG ☐ Perfil 323 ☐

Screening en 1 ó 2 pasos { 1 ☐ 2 ☐

Instrucciones
Bien Mal

FÓRMULA OBSTÉTRICA

PARTOS	
ABORTOS	
PARTOS PREMATUROS	
R. N. VIVOS	

CLAVE

CÓDIGO DE BARRAS

CRL

TN

FECHA DE LA MEDICIÓN . .

- He sido informada oralmente y por escrito de las características del Screening prenatal de las aneuploidías.

- He comprendido la información, y cualquier duda que me ha surgido me ha sido aclarada por el Dr. / Dra.:

Por todo lo anterior, otorgo mi consentimiento para que se proceda a la extracción de sangre.

Firma de la paciente: Firma del médico que informa o CNP:

Fecha: ..... / ..... / ..... (leer instrucciones al dorso)

56476