

# PRENATAL SAFE: SCHEDA ANAMNESTICA

MOD. SEGR/ PRENATAL SAFE SCHEDA ANAMNESTICA /REV02 DEL 31/08/2016

Emesso da:

Società: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_ Sezione: \_\_\_\_\_ Prot.: \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI

**Protocollo**

PrenatalSafe N° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Origine etnica: \_\_\_\_\_

Data prelievo: \_\_\_\_\_ Ginecologo inviante: \_\_\_\_\_

## DATI GRAVIDANZA

Peso Kg: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_ Settimana di gravidanza: \_\_\_\_\_ +giorni \_\_\_\_\_

Età gestazionale determinata mediante:  Ecografia  Ultime mestruazioni  Trattamento PMA

Gravidanza gemellare?  SI  NO

Gravidanza PMA?  SI  NO

Se gravidanza PMA, indicare se è:

- Omologa (gameti della coppia)?  SI  NO

Indicare l'età della paziente al momento in cui è stato effettuato il prelievo degli ovociti: \_\_\_\_\_

- Ovodonazione?  SI  NO

Indicare l'età della donatrice: \_\_\_\_\_

- Donazione sperma?  SI  NO

# PRENATAL SAFE: SCHEDA ANAMNESTICA

MOD. SEGR/ PRENATAL SAFE SCHEDA ANAMNESTICA /REV02 DEL 31/08/2016

## INDICAZIONE ALL'ESAME:

- Età Materna avanzata;
- Ansietà;
- Anomalie fetali o riscontri ecografici patologici/dubbi
- Tipo di riscontro ecografico \_\_\_\_\_
- Precedente gravidanza con aneuploidia;
- Screening 1° trimestre (Bi-Test) positivo;
- Nessuna indicazione
- Altro \_\_\_\_\_

Si tratta di un secondo prelievo?  SI  NO

## TIPO DI TEST DA ESEGUIRE:

- PrenatalSafe® 3 (21,13,18) Protocollo FAST
- PrenatalSafe® 5 (21,13,18,X,Y) Protocollo FAST
- PrenatalSafe® Plus (Pannello Microdelezioni + Trisomia 9 e 16)
- PrenatalSafe® Karyo
- PrenatalSafe® Karyo Plus (Pannello con 9 microdelezioni)
- SI VUOLE CONOSCERE IL SESSO DEL FETO
- SI VUOLE CONOSCERE L'RH FETALE (possibile solo in caso di madre Rh negativa)

Firma del medico \_\_\_\_\_

Timbro della società inviante