



Triple y Cuádruple Marcador 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 Caucásica – Sajona

Diabetes insulino - dependiente: SI _____ NO _____

Medicamentos: _____

Fecundación in vitro: 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: _____