

## Cuestionario para Dúo - Test Ultrasensible Ampliado ( $\beta$ - 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
- Regular, FUM incierta
- Irregular
- Menos de 3 ciclos desde el último embarazo
- Menos de 3 ciclos desde suspensión de anticonceptivos

¿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...  Espontáneo  Inducido/Programado ... ¿vivo?  Sí  No
- ¿cuántas semanas? [ \_\_\_\_\_ ].....¿peso? [ \_\_\_\_\_ ]g...  Espontáneo  Inducido/Programado ... ¿vivo?  Sí  No
- ¿cuántas semanas? [ \_\_\_\_\_ ].....¿peso? [ \_\_\_\_\_ ]g...  Espontáneo  Inducido/Programado ... ¿vivo?  Sí  No
- ¿cuántas semanas? [ \_\_\_\_\_ ].....¿peso? [ \_\_\_\_\_ ]g...  Espontáneo  Inducido/Programado ... ¿vivo?  Sí  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.  
día / mes / año día / mes / año  
 Fecha de implantación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Si aplica, fecha de nacimiento de la donante \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, o su edad aprox: \_\_\_\_ años.  
día / mes / año día / mes / año

✚ 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.

**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.

**Úterinas 11-13:** IP izquierdo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, IP derecho: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Longitud endocervical: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ mm.