



SCHEDA INFORMATIVA BITEST

MEDICO RICHIEDENTE _____

TEL _____ E-mail _____

DATI PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Città di residenza _____

Indirizzo residenza _____

Data U.M. _____ Peso Materno _____

Etnia

- ☐ Caucasica
- ☐ Asiatica
- ☐ Africana
- ☐ Altro

Metrorragia: SI NO

Diabete: SI NO

Gravidanza Gemellare: SI NO

Fumo: SI NO

Precedenti gravidanze con cromosomopatie: SI NO

Data ultima ecografia _____

Età Gestazionale (sett. + gg) _____

CRL mm _____

NT (Nucal translucency) mm _____

Osso nasale: Presente Assente

Riflus. Tricusptide: Normale Patologica

Dotto Venoso: NormaleP atologico