



**SCHEDA RACCOLTA DATI
E
CONSENSO INFORMATO BITEST**
(screening biochimico nel 1° trimestre di gravidanza per anomalie
cromosomiche nel feto)

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita ____/____/____

Data prelievo ____/____/____

Data ultima mestruazione ____/____/____

Data ecografia ____/____/____

Misurazione CRL: _____ mm

Traslucenza nucale (NT): _____ mm

Ecografista: _____

Certificato da: _____

Fattori di correzione utilizzati sul dato biochimico:

Peso materno alla data del prelievo: _____ Kg

Fumo **SI** **NO**

Origine etnica (se diversa da Caucasica/Europea) Africa centrale
Asiatica
Ispanica

Diabete mellito **SI** **NO**

Fecondazione in vitro, stimolazioni ovariche, altro... **SI** **NO**

Precedenti nati affetti da cromosomopatie **SI** **NO**

Gravidanza gemellare **SI** **NO**

Data

Firma



SCHEDA RACCOLTA DATI
E
CONSENSO INFORMATO BITEST
(screening biochimico nel 1° trimestre di gravidanza per anomalie cromosomiche nel feto)

Io sottoscritta _____

Dichiaro di essere consapevole che il BITEST (dosaggio di PAPP-A e FREE BETA-HCG) darà come risposta una stima del rischio della Sindrome di Down e di altre anomalie cromosomiche.

Ho inteso pertanto che il BITEST non è un test diagnostico ma un test probabilistico, che non esclude la possibilità che il feto presenti la Sindrome di Down o altre anomalie cromosomiche.

Attesto che mi sono state date in maniera chiara ed esauriente tutte le spiegazioni che ho richiesto relativamente all'esame.

Acconsento dunque a sottopormi all'indagine di mia spontanea volontà e in piena consapevolezza.

Data _____

Firma della paziente
